



**Luís Miguel da
Silva Martins**

**Formação da Equipa
de Enfermagem do
Bloco Operatório no
reprocessamento de
Dispositivos Médicos
(DM) Reutilizáveis**

**Relatório de Estágio de
Mestrado em Enfermagem
Perioperatória**

Outubro - 2014



**Luís Miguel da
Silva Martins**

**Formação da Equipa
de Enfermagem do
Bloco Operatório no
reprocessamento de
Dispositivos Médicos
(DM) Reutilizáveis**

Relatório de Estágio de Mestrado em
Enfermagem Perioperatória,
realizado sob a orientação científica
da Professora Doutora Cândida
Ferrito

Outubro - 2014

[DECLARAÇÕES]

Declaro que este Relatório de Estágio é o resultado de investigação orientada e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

O candidato,

Setúbal, de..... 2014

Declaro que esta Dissertação / Trabalho de Projeto se encontra finalizado e em condições de ser apreciada(o) pelo júri a designar.

O (A) orientador(a),

Setúbal, de de 2014

"A curiosidade é mais importante do que o conhecimento."

Albert Einstein

Agradecimentos

*À Prof. Doutora Cândida Ferrito,
Pela disponibilidade e empenho na orientação do relatório.*

*Ao Sr. Enf. Jorge Sousa,
Pela disponibilidade, sapiência e apoio transmitidos na orientação e
acompanhamento do estágio.*

*À minha família,
Pelo carinho, resiliência e apoio incondicional, em especial durante o período
que estive abstraído na concretização deste Projeto.*

*Ao Matias,
O seu nascimento, objetivou definitivamente a minha vida.*

RESUMO

O presente relatório inclui-se no plano de estudos do I Mestrado em Enfermagem Perioperatória, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, realizado com o intuito da obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e documento ilustrativo do desenvolvimento de competências no âmbito de enfermeiro perioperatório, competências essas que se procuraram desenvolver durante o estágio realizado no serviço do Bloco Operatório (BO) de um Hospital Privado (Hospital X) na margem sul do Rio Tejo.

Neste contexto, foi desenvolvido um Projeto de intervenção, denominado de “Formação da Equipa de Enfermagem do Bloco Operatório no reprocessamento de Dispositivos Médicos (DM)” reutilizáveis, com o objetivo de melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa submetida a cirurgia no Bloco Operatório do Hospital X.

As áreas que se pretenderam abordar remetem-nos para o controlo de infeção e esterilização, nomeadamente os conhecimentos que a equipa de enfermagem do BO em estudo poderá deter, em termos de reprocessamento dos DM reutilizáveis que utilizam diariamente na sua prática profissional. As razões que levaram a esta escolha, prendem-se com o facto de serem áreas onde comumente surgem dúvidas durante a prática diária da equipa de enfermagem e por serem também, áreas pouco exploradas a nível académico e profissional. Através das metodologias descritiva e analítica, foram efetuadas análises reflexivas e críticas do percurso realizado, bem como uma exposição das competências de enfermagem abrangidas e de como as mesmas foram atingidas.

Palavras-chave: Enfermagem Perioperatória; Qualidade; Controlo de Infeção; Reprocessamento de Dispositivos Médicos; Metodologia de Projeto.

ABSTRACT

This report is included in the study plan of the I Master in Perioperative Nursing, of Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, conducted with the aim of obtaining a Master degree in Nursing and an illustrative document of the skills there where developed in the context of a master degree and in perioperative nursing, during the internship in the Operating Room of a Private Hospital (Hospital X) located on the south bank of Rio Tejo.

In this context, we developed an intervention project called “Formation for the Operating Room Nurses in Reprocessing of Reusable Medical Devices” to try achieve the goal of improving the quality and safety of nursing care, provided to the person undergoing surgery in the Operating Room at Hospital X.

The areas that are intended to achieve lead us to the infection control and sterilization process, including the knowledge that the operating room nursing team may hold, in terms of methods of reprocessing reusable medical devices, used in the professional daily practice. The reasons for this choice are related to the fact that these are commonly areas where doubts arise, during the daily nursing team practice and also these are areas whit low exploration in academic and professional terms. Through descriptive and analytical methodologies, reflective and critical analyses where made as well an exposure of the skills covered and how they where reached.

Keywords: Perioperative Nursing; Quality; Infection Control; Reprocessing of Medical Devices; Project Methodology.

ÍNDICE DE SIGLAS E ABREVIATURAS

A3ES – Agência de Acreditação e Avaliação do Ensino Superior

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AORN – Association of Perioperative Registered Nurses

ANES – Associação Nacional de Esterilização

BO – Bloco Operatório

CDC – *Centers of Disease Control and Prevention*

DM – Dispositivo Médicos

EORNA – European Operating Room Nurses Association

ESS – Escola Superior de Saúde

EUA – Estados Unidos da América

HIV – Human Immunodeficiency Virus

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

IN – Infecção Nosocomial

IPS – Instituto Politécnico de Setúbal

MEPO – Mestrado em Enfermagem Perioperatória

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

Rx – Raio-x

SCE – Serviço Central de Esterilização

SO – Sala de Operações

SU – Serviço Utilizador

SWOT – Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats

TAC – Tomografia Axial Computorizada

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	13
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO.....	17
1.1 PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	22
1.2 ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA.....	27
1.3 CONTROLO DE INFEÇÃO.....	36
1.4 ESTERILIZAÇÃO.....	44
2. METODOLOGIA DE PROJETO.....	49
2.1 METODOLOGIA DE PROJETO.....	51
2.2 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	53
2.3 PLANEAMENTO DO PROJETO.....	58
2.3.1. OBJETIVOS DO PROJETO.....	58
2.3.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	59
2.3.2 QUESTÕES ÉTICAS.....	59
2.3.3 INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS - QUESTIONÁRIO.....	60
2.4 CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA E RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO.....	62
2.5 REFLEXÃO CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	82
3. CONTRIBUTO DA APRENDIZAGEM, NO DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE E DE ENFERMEIRO PERIOPERATÓRIO.....	87
CONCLUSÃO.....	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	98
APÊNDICES.....	104
APÊNDICE I – ANÁLISE SWOT	105
APÊNDICE II – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	107
APÊNDICE III - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA DESENVOLVIMENTO DE PROJETO DE INVESTIGAÇÃO.....	117
APÊNDICE IV - CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO EM PROJETO DE INVESTIGAÇÃO.....	118
APÊNDICE V - QUESTIONÁRIO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO.....	121
APÊNDICE VI- TABELA COM DADOS RECOLHIDOS PRÉ-FORMAÇÃO.....	135
APÊNDICE VII - CRONOGRAMA DO ESTÁGIO.....	139
APÊNDICE VIII - CRONOGRAMA DO PROJETO.....	141
APÊNDICE IX -PLANEAMENTO DO PROJETO-.....	143
APÊNDICE X - PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO: “Reprocessamento de Material Cirúrgico Reutilizável e Armazenamento de Material Esterilizado”	149

INDÍCE DE FIGURAS

Figura 1 – Atividades realizadas para desenvolvimento das competências de enfermeiro perioperatório, segundo a AESOP (2004).....	93
--	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Sexo.....	63
Gráfico 2 – Idade.....	63
Gráfico 3 – Tempo de experiência profissional em Enfermagem.....	64
Gráfico 4 – Tempo de experiência profissional em Bloco Operatório (incluindo outras instituições).....	64
Gráfico 5 – Tipo de Contrato na presente instituição.....	65
Gráfico 6 – Resposta à questão n.º3 aquando da aplicação inicial do questionário.....	67
Gráfico 7 – Resposta à questão n.º3 após a aplicação do plano de formação.....	67
Gráfico 8 – Resposta à questão n.º4 aquando da aplicação inicial do questionário.....	68
Gráfico 9 – Resposta à questão n.º4 após a aplicação do plano de formação.....	69
Gráfico 10 – Resposta à questão n.º7 aquando da aplicação inicial do questionário.....	70
Gráfico 11 – Resposta à questão n.º7 após a aplicação do plano de formação.....	70
Gráfico 12 – Resposta à questão n.º8 aquando da aplicação inicial do questionário.....	71
Gráfico 13 – Resposta à questão n.º8 após a aplicação do plano de formação.....	71
Gráfico 14 – Resposta à questão n.º11 aquando da aplicação inicial do questionário.....	72
Gráfico 15 – Resposta à questão n.º11 após a aplicação do plano de formação.....	73
Gráfico 16 – Resposta à questão n.º12 aquando da aplicação inicial do questionário.....	74
Gráfico 17 – Resposta à questão n.º12 após a aplicação do plano de formação.....	74
Gráfico 18 – Resposta à questão n.º13 aquando da aplicação inicial do questionário.....	75
Gráfico 19 – Resposta à questão n.º13 após a aplicação do plano de formação.....	76
Gráfico 20 – Resposta à questão n.º20 aquando da aplicação inicial do questionário.....	77
Gráfico 21 – Resposta à questão n.º20 após a aplicação do plano de formação.....	77
Gráfico 22 – Resposta à questão n.º21 aquando da aplicação inicial do questionário.....	78
Gráfico 23 – Resposta à questão n.º21 após a aplicação do plano de formação.....	79
Gráfico 24 – Resposta à questão n.º24 aquando da aplicação inicial do questionário.....	80
Gráfico 25 – Resposta à questão n.º24 após a aplicação do plano de formação.....	80
Gráfico 26 – Resposta à questão n.º31 aquando da aplicação inicial do questionário.....	81
Gráfico 27 – Resposta à questão n.º31 após a aplicação do plano de formação.....	82

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio de Mestrado em Enfermagem Perioperatória representa de uma forma muito substancial, o consumir de um percurso longo e árduo, que se iniciou com a perseverança do ingresso no 1º Mestrado de Enfermagem Perioperatória (MEPO) da Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS).

O relatório visa representar uma profunda análise e reflexão do percurso feito a nível profissional e pessoal, sintetizando o processo de aquisição e consolidação de competências específicas inerentes ao Enfermeiro Perioperatório. Existindo cada vez mais a exigência da prestação de cuidados de enfermagem especializados aos clientes, procuramos desenvolver as competências de **Mestre em Enfermagem**, que conforme a proposta do Curso à Agência de Acreditação e Avaliação do Ensino Superior (A3ES) assegura que o formando atinge seis grandes objetivos:

1. Demonstra competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem;
2. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas;
3. Integra equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proativa;
4. Age no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos;
5. Inicia, contribui para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular.

O estágio decorreu entre 9 de setembro de 2013 e 28 de março de 2014, sendo inserido na Unidade Curricular (UC) Projeto/Estágio do 2º e 3ºs semestres do 1º Mestrado em Enfermagem Perioperatória (MEPO) da ESS do IPS.

Os objetivos principais desta Unidade Curricular (UC) são:

- Capacitar para o uso das principais técnicas de enfermagem Perioperatória
- Promover o desenvolvimento de competências em contexto clínico de enfermagem
- Capacitar para a elaboração de um Projeto de formação individual
- Promover o desenvolvimento de competências de decisão clínica e decisão ética de enfermagem, em contexto específico de enfermagem Perioperatória
- Aplicar a metodologia de Projeto na identificação, planeamento e resolução de um problema de investigação identificado em contexto da prática

O estágio decorreu no Bloco Operatório de um Hospital privado na margem sul do Tejo, que doravante será referido como Hospital X. Representou 35 ECTS com 360 horas de contato em estágio e a orientação e supervisão coube à Professora Cândida Ferrito e a um Enfermeiro Orientador, Mestre em Gestão de Enfermagem, com mais de vinte anos de experiência em Enfermagem, adquirida em contexto Perioperatório e de Esterilização.

O relatório crítico apresenta-se como um texto escrito elaborado por nós, que visa refletir uma autocrítica ao trabalho que desempenhamos, bem como as nossas opções, atuação, o que fizemos e vivemos. Trata-se de um documento elaborado na primeira pessoa do plural, uma reflexão crítica sobre nós próprios.

Para Phipps (et. al. 1995) estamos a vivenciar uma época em que o conhecimento científico se tem alavancado, predominando o conhecimento racional e científico e que é para muitos um conhecimento aceitável.

Neste relatório procuramos refletir sobre as competências do enfermeiro perioperatório na sua atuação e prática diária. Para a Ordem do Enfermeiros (OE, 2004), a competência pode ser definida como um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, incluindo o ajuizar.

O enfermeiro perioperatório na prática dos seus cuidados, procura efetivamente promover o bem-estar do cliente e da sua família.

Na elaboração deste relatório propusemo-nos atingir as seguintes metas:

- Realizar o Enquadramento conceptual do relatório;
- Apresentar uma revisão da literatura sobre a temática da enfermagem perioperatória, bem como das áreas de controlo de infeção e esterilização associadas a uma análise reflexiva e crítica sobre as competências do enfermeiro perioperatório, de acordo com as disposições da Ordem dos Enfermeiros (OE), da Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP) e da EORNA (European Operating Room Nurses Association) core curriculum, EORNA framework for competencies,;
- Realizar uma apresentação e reflexão crítica do Projeto, desenvolvido através da metodologia de Projeto sobre as necessidades de formação da equipa de enfermagem do BO relativamente ao reprocessamento de Dispositivos Médicos (DM) reutilizáveis;
- Realizar uma reflexão do trabalho desenvolvido para a aquisição de competências de mestre em enfermagem perioperatória.

Iniciamos este relatório através do enquadramento conceptual, onde fazemos referência às temáticas relacionadas com Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Enfermagem Perioperatória, Controlo de Infecção e Esterilização.

Em seguida, apresentamos sucintamente o Projeto, contextualizando o local de estágio, abordando a unidade em questão (Bloco Operatório); apresentamos o trabalho de Projeto, recorrendo à metodologia de Projeto, descrevendo as fases do trabalho e resultados obtidos.

O relatório continua com uma reflexão crítica acerca das competências comuns e específicas de enfermagem perioperatória, recorrendo ao referencial teórico da OE, da AESOP e da EORNA para a fundamentação destas competências.

Por último, na conclusão deste relatório fazemos uma análise de como os objetivos inicialmente traçados foram atingidos, descrevendo em como este trabalho contribuiu para o desenvolvimento profissional e pessoal e referenciando os aspetos facilitadores e constrangedores do mesmo, bem como os objetivos profissionais futuros.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO

Toda a disciplina, toda a profissão possui um determinado objetivo, que a dirige na procura do conhecimento. *“A vida é reconhecida como um contexto de aprendizagem e de desenvolvimento de competências, e cada vez mais se valorizam os saberes e as competências adquiridas à margem dos sistemas tradicionais. A experiência é considerada como uma fonte legítima de saber, que pode (e deve) ser formalizado e validado”*. Uma disciplina profissional, deve ter uma clara definição do seu domínio e foco de ação. Todas as disciplinas deverão possuir um corpo de conhecimento, constituído por teorias, conceitos, práticas e métodos de investigação, sendo que esse corpo constituirá uma forma de organização do conhecimento e guia da prática clínica nessa disciplina. (Smith, M et. al., 2008)

Os Primórdios da Enfermagem remetem-nos para Florence Nightingale, quando no século XIX definia a primitiva definição de enfermagem, ao afirmar que esta se tratava de colocar o doente nas melhores condições para a natureza atuar sobre este. Para Nightingale, o foco da enfermagem era proporcionar um ambiente com condições para que a cura tivesse o seu lugar, levando à recuperação dos doentes. (Alligood & Tomey, 2004).

Phipps, (et. al.1995) descreve assim que para Nightingale a enfermagem *“é pôr o doente na melhor condição, para que a natureza atue nele.”* Para esta autora, também Virginia Henderson desenvolveu uma definição de enfermagem, que tonificou profundamente o exercício da enfermagem. Virginia Henderson ousa romper as ligações que uniam a enfermagem à medicina e idealiza uma definição clara relativa à enfermagem. Henderson define em meados da década de 60, que *“a função única do enfermeiro é assistir o indivíduo, doente ou são, na realização daquelas atividades que contribuem para a sua saúde ou recuperação (ou para uma morte tranquila), e que ele realizaria sem auxílio se*

para tal tivesse a força necessária, a vontade ou os conhecimentos” (Phipps, et. al.1995). Assim Henderson conseguiu um enfoque para a enfermagem ao considerar o bem-estar biológico, emocional, social e espiritual, do indivíduo, quando antes desta ideologia, a enfermagem se focava apenas em reações biológicas. (Phipps, et. al. 1995).

Estas definições de enfermagem, formaram o caminho para a profissionalização da enfermagem (Smith & Parker, 2010). Poderemos afirmar que a enfermagem assenta os seus pilares na prática, logo poderemos considerá-la uma disciplina prática (Phipps, et. al. 1995). A mesma autora defende que a enfermagem se trata de uma ciência, pois esta tem a sua base assente em conhecimento, conhecimento esse adquirido de forma sistemática e prática.

Assim e de acordo com Phipps (et. al.1995), *“é necessária a compreensão da definição corrente da disciplina de enfermagem e da evolução dessa definição, para praticar, com êxito, a arte, e a ciência de enfermagem.”* Para Phipps (et. al.1995), é muita vezes difícil para os enfermeiros definirem e explicarem o que é a Enfermagem e o que fazem os enfermeiros. As atividades mais subteis de enfermagem são aquelas que implicam *“(...) atividades de raciocínio e tomada de decisões, que orientem as intervenções de enfermagem”*. De acordo com a mesma autora, Meleis conseguiu alargar a definição de enfermagem a *“uma ciência humana que trata de reações, ou potenciais reações, humanas e ambientais, a situações de saúde e doença”*. Refere também que os objetivos da enfermagem incluem *“recursos humanos e ambientais para promoção da cura, manutenção do bem-estar, prevenção da doença, e promoção da saúde”*. (Phipps, et. al. 1995). E é esta inclusão dos aspetos reacionários humanos e ambientais, que confere à enfermagem a potencialidade de uma abordagem holística à pessoa que necessita de prestação de cuidados de enfermagem.

A perspetiva holística da prestação de cuidados de enfermagem significa realizar uma abordagem biopsicossocial ao indivíduo. (Phipps, 1995). Significa que o enfermeiro tem o dever de considerar os aspetos espirituais da doença e o impacto que têm sobre o indivíduo doente. Significa também considerar o envolvimento da família, das pessoas significativas e do ambiente onde os mesmos estão inseridos, relacionado com o processo de doença do indivíduo. (Phipps, et. al. 1995). Tendo em conta a prestação de cuidados de enfermagem numa perspetiva holística, Rogers focalizou a interação Homem-ambiente, na sua abordagem holística na prestação de cuidados de enfermagem (Phipps, et. al. 1995). Na sua obra, Rogers adicionou a dimensão do Tempo, indicando que este é de extrema crucialidade para a enfermagem, afirmando que as reações humanas face à saúde e doença, as intervenções de enfermagem face à saúde e doença, levam tempo até se tornarem evidentes. Isto significa, que os enfermeiros nem sempre conseguem saber e preconizar, quanto tempo levarão as suas ações de enfermagem a produzir o efeito esperado na pessoa de quem cuida. (Phipps, et. al. 1995)

Abreu (2007), refere Carper como força impulsionadora de aquisição de conhecimento através da prática clínica e como defensora da enfermagem como disciplina com orientação para a vertente prática. Essa vertente prática assenta em quatro princípios de conhecimento, “ (...) *o empírico (a ciência de enfermagem), o estético (a arte de enfermagem), o conhecimento pessoal (que diz respeito à qualidade dos contactos interpessoais, promoção das relações terapêuticas e cuidados individualizados) e o ético (a componente do conhecimento moral em enfermagem)*”.

O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiros (REPE) e os Estatutos da Ordem dos Enfermeiros (OE) de 2011, descrevem a Enfermagem como “ (...) *profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos*

sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.” Define ainda que o enfermeiro é um profissional habilitado do ponto de vista legal, com título profissional que lhe reconhece “ (...) competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade (...)”

Os Estatutos da Ordem dos Enfermeiros (Decreto de Lei n.º104/98, de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro), descreve que “ (...) os enfermeiros constituem, atualmente, uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, em especial de cuidados de enfermagem.”

De acordo com o REPE emanado pelo Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de abril), descreve que, “A enfermagem registou entre nós, no decurso dos últimos anos, uma evolução, quer ao nível da respetiva formação de base, quer no que diz respeito à complexificação e dignificação do seu exercício profissional, que torna imperioso reconhecer como de significativo valor o papel do enfermeiro no âmbito da comunidade científica de saúde e, bem assim, no que concerne à qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde.”

Os cuidados de enfermagem devem ser devidamente caracterizados, definindo as características da profissão de enfermagem e objetivando a sua natureza e a quem se destinam. Assim, os cuidados de enfermagem são caracterizados por (OE, 2001):

1. *“Terem por fundamento uma interação entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade;*

2. *Estabelecerem uma relação de ajuda com o utente;*
3. *Utilizarem metodologia científica, que inclui:*
 - a. *Identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em especial, no indivíduo, família, grupos e comunidade;*
 - b. *A recolha e apreciação de dados sobre cada situação que se apresenta;*
 - c. *A formulação do diagnóstico de enfermagem;*
 - d. *A elaboração e realização de planos para a prestação de cuidados de enfermagem;*
 - e. *A execução correta e adequada dos cuidados de enfermagem necessários;*
 - f. *A avaliação dos cuidados de enfermagem prestados e a reformulação das intervenções.*
4. *Englobarem, de acordo com o grau de dependência do utente, as seguintes formas de atuação:*
 - a. *Fazer por substituir a competência funcional em que o utente esteja totalmente incapacitado;*
 - b. *Ajudar a completar a competência funcional em que o utente esteja parcialmente incapacitado;*
 - c. *Orientar e supervisionar, transmitindo informação ao utente que vise mudança de comportamentos para a aquisição de estilos de vida saudáveis ou recuperação da saúde, acompanhar este processo e introduzir as correções necessárias;*
 - d. *Encaminhar, orientando para os recursos adequados, em função dos problemas existentes, ou promover a intervenção de outros técnicos de saúde, quando os problemas identificados não possam ser resolvidos só pelo enfermeiro;*
 - e. *Avaliar, verificando os resultados das intervenções de enfermagem através da observação, resposta do utente, familiares ou outros e dos*

registos efetuados.” (REPE, Decreto de Lei n.º104/98, de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro)

O referencial conceptual que se apresentou nesta secção, procura ser uma exposição de uma reflexão cuidada sobre a conceptualização da Enfermagem, permitindo uma clarividência sobre o contributo da enfermagem, enquanto disciplina de conhecimento científico e do enfermeiro enquanto profissional devidamente habilitado e formado sobre o ponto de vista científico e prático, para a prestação de cuidados de saúde diferenciados e tecnicamente competentes, ao doente, família e comunidade que o rodeia.

1.1 Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem vieram orientar um percurso estratégico que pretende delinear o trilha que objetive a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos profissionais de enfermagem. Assim *“(…) em dezembro de 2001, o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros definiu o enquadramento conceptual e seis enunciados descritivos que estabelecem uma base padronizada de cuidados com qualidade que todos os enfermeiros devem respeitar no exercício da sua profissão. Este documento constitui-se como um referencial à luz do qual os enfermeiros se envolvem num processo de reflexão acerca do seu exercício profissional, conducente à melhoria contínua dos cuidados prestados à população.”* (OE, 2001)

Os seis enunciados a que se refere o parágrafo anterior são **“ A satisfação do cliente”, “A promoção da saúde”, “A prevenção das complicações”, “O bem-estar e autocuidado”, “ A readaptação funcional” e “ A organização dos cuidados de enfermagem”** e estes têm como propósito orientar a profissão de enfermagem, bem como serem um instrumento crucial

que ajuda a objetivar o que é a profissão de enfermagem junto de quem recebe os cuidados de enfermagem.

O enquadramento conceptual assenta em quatro pilares fundamentais:

- Saúde
- Pessoa
- Ambiente
- Cuidados de Enfermagem

Como parte integrante dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, a OE (2001), define a saúde como “ (...) *o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual.*”, considerando uma representação mental, como um estado subjetivo para cada pessoal em concreto.

Temos de considerar que “*A representação mental da condição individual e do bem-estar é variável no tempo, ou seja, cada pessoa procura o equilíbrio em cada momento, de acordo com os desafios que cada situação lhe coloca.*” (OE, 2001)

Assim sendo, devemos considerar a saúde como um reflexo dinâmico e sequencial, no qual cada pessoa procura o seu equilíbrio e quando este é atingido, a pessoa consegue um controlo do sofrimento, um bem-estar físico, bem como conforto emocional, espiritual e cultural.

O segundo pilar dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem refere-se à pessoa. “*A pessoa é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que*

torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se.”(OE, 2001)

Os comportamentos da pessoa são influenciados pelo ambiente no qual ela vive e se desenvolve. Todas as pessoas interagem com o ambiente, sendo influenciados por ele durante todo este processo de procura de equilíbrio. Sendo que cada pessoa procura o melhor nível de saúde possível, acaba por desenvolver processos para atingir esta meta, recorrendo aos valores, crenças e desejos da sua natureza individual. A pessoa atinge o estadio que considera como saudável quando integra as alterações da sua vida quotidiana no seu Projeto de vida.

Relativamente ao ambiente no qual as pessoas vivem e se desenvolvem, este constitui-se *“(...) por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde.”*(OE, 2001)

Na sua prática profissional, os enfermeiros devem focar a sua intervenção na relação de interdependência pessoa / ambiente.

De acordo com a OE (2001), o exercício profissional de enfermagem tem em conta a relação interpessoal do enfermeiro com uma pessoa e/ou um grupo de pessoas. Esse relacionamento está assente num quadro de valores e crenças de naturezas individuais. Assim na sua prática profissional, o enfermeiro deve distinguir-se pela sua formação e experiências, que lhe vão permitir compreender e respeitar as pessoas de quem cuida, numa perspetiva multicultural, abstendo-se de juízos de valor acerca daquele de quem cuida. A relação terapêutica promovida durante a prática do exercício profissional de enfermagem, reflete-se em muito na relação com o cliente e pela valorização do seu papel nesta relação terapêutica. Esta desenvolve-se ao longo da relação

que o enfermeiro desenvolve com o cliente, onde se ressalva a importância do envolvimento também da pessoa significativa/família. (OE, 2001)

Os cuidados de enfermagem devem ter como focos de atenção, proporcionar meios para que cada pessoa possa concretizar os seus projetos de saúde. Desta forma, ao longo do ciclo vital de cada pessoa, é necessário prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procurando que sejam satisfeitas as necessidades humanas que permitem a readaptação e satisfação das necessidades humanas, fundamentais à independência dos indivíduos nas suas atividades de vida, ao mesmo tempo que permitem meios para uma adaptação aos défices que os mesmos possam ter. (OE, 2001) Tal como refere Sousa (2014), parte intrínseca de o exercício de um enfermeiro é *“Contribuir para a readaptação funcional, reconhecendo a continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem; planeando a alta dos clientes internados, de acordo com as suas necessidades e os recursos da comunidade; otimizando as capacidades do cliente e da sua família ou outros para gerir o regime terapêutico prescrito; ensinando e treinando o cliente sobre a adaptação necessária para a sua readaptação funcional.”*

Os cuidados de enfermagem ajudam a pessoa a gerir e usufruir dos recursos que a comunidade lhe confere (OE, 2001). Os cuidados de enfermagem são maximizados pelo enfermeiro quando presta cuidados, considerar toda a unidade familiar no seu processo de cuidados, pois permite que as suas intervenções cheguem a todos os membros da unidade familiar de forma uniforme, otimizando alterações de comportamentos e adoção de estilos de vida mais saudáveis e paralelos à promoção da saúde.

Por outro lado, o exercício profissional dos enfermeiros insere-se num contexto de atuação multiprofissional. De acordo com Sousa (2014) *“Tanto nas suas intervenções autónomas como interdependentes, o corpo de enfermagem*

insere-se num contexto de atuação multiprofissional e desempenha a sua atividade no sentido da promoção da saúde, da prevenção da doença, da satisfação das necessidades humanas, da readaptação à vida ativa, da adaptação funcional aos défices e da reinserção socioprofissional.”

Relativamente às intervenções de enfermagem existem dois tipos: as iniciadas por outros técnicos da equipa multidisciplinar (intervenções interdependentes) e por si próprios (intervenções autónomas). Neste âmbito, a OE (2001) define que as “ (...) *as intervenções de enfermagem que se iniciam na prescrição elaborada por outro técnico da equipa de saúde, o enfermeiro assume a responsabilidade pela sua implementação. Relativamente às intervenções de enfermagem que se iniciam na prescrição elaborada pelo enfermeiro, este assume a responsabilidade pela prescrição e pela implementação técnica da intervenção.*”

Nos processos de tomadas de decisão dos enfermeiros e nas fases de implementação de intervenções de enfermagem (OE, 2001), os enfermeiros conseguem incorporar os resultados de processos de investigação na sua prática. É cada vez mais aceite e reconhecido, que evidência científica e guias orientadores de boas práticas que daí advenham, são uma base estrutural da melhoria contínua da qualidade do exercício profissional de enfermagem.

Uma boa prática de enfermagem é enformada e alavancada pelo que o código deontológico do enfermeiro descreve, nomeadamente os princípios humanistas, respeito pelos valores, costumes e religião. Na sua prática, o enfermeiro reconhece também, que bons cuidados de enfermagem têm significados completamente distintos de pessoa para pessoa, pelo que o enfermeiro na sua prática diária, deve pautar o seu trabalho por um exercício com a devida sensibilidade, procurando os mais altos níveis de satisfação dos clientes. (OE, 2001)

Por outro lado, associado ao sinónimo de qualidade, deveremos considerar ainda que são essenciais à prática da enfermagem, a importância da segurança do cliente e da gestão de risco associada aos cuidados de enfermagem.

1.2 Enfermagem Perioperatória

Os Blocos Operatórios (BO) são unidades orgânicas e funcionais constituídas por um conjunto integrado de meios físicos, humanos e técnicos e destinam-se à realização de intervenções cirúrgicas programadas e de urgência, exames e outros procedimentos invasivos que necessitem de elevado nível e controlo de assepsia e/ou de anestesia para a pessoa a quem se destinam estes cuidados, com o objetivo de restabelecer ou conservar a sua saúde.

“O BO oferece ao enfermeiro um vasto campo de intervenção, com atividades muito específicas a exigirem uma soma de conhecimentos e habilidades de natureza diversa, para o desempenho dos papéis de ajudante de anestesia, circulante e instrumentista, ou no recobro pós-anestésico.” (UNIABODE, 2001)

Para a OE (2004), “ (...) o bloco operatório é uma unidade de prestação de cuidados de saúde onde, pela especificidade da natureza dos cuidados aí desenvolvidos, se concentram riscos de variada ordem, tornando a manutenção e segurança do ambiente cirúrgico em funções centrais desenvolvidas pelos enfermeiros em contexto perioperatório.” Designa também que, “O enfermeiro (...) é o profissional de enfermagem que, no desempenho das suas competências, tem como foco de atenção as necessidades do cliente cirúrgico, e assenta a sua tomada de decisão nos conhecimentos científicos e técnicos que lhe permitem conhecer e compreender a complexidade do ambiente em que

desenvolve as suas intervenções, incluindo em situações de emergência ou de limite.”

A procura pela melhor qualidade dos cuidados de enfermagem, tem constituído um dos desafios da Ordem dos Enfermeiros. Também as associações profissionais têm um papel fundamental na definição dos padrões de qualidade no seu domínio específico (OE, 2001).

Tenho em conta esta premissa, verifica-se que os enfermeiros perioperatórios se têm empenhado na melhoria da qualidade dos Cuidados de Enfermagem e na resposta aos enunciados descritivos dos padrões de qualidade emanados pela OE (2001), nomeadamente na **satisfação do cliente** (respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos de natureza individual do cliente, a procura constante da empatia nas interações com o cliente e o envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados) na **prevenção de complicações** (identificação dos problemas potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis), **no bem-estar e autocuidado** (identificação dos problemas do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem conhecimento e está preparado para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e suplementar/complementar atividades de vida relativamente as quais o cliente é dependente) e **na organização dos cuidados de enfermagem** (a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente). (OE, 2001)

As competências clínicas desenvolvidas pelos enfermeiros perioperatórios organizam-se com base nos conhecimentos teóricos e práticos, assim o descrevendo a AESOP: “ (...) *tem um “conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelo enfermeiro de sala de operações através de um processo programado (ou de várias etapas integradas entre si), pelo qual, o enfermeiro reconhece as necessidades do doente a quem presta ou vai prestar cuidados, executa-os com destreza e segurança e avalia-os apreciando os resultados obtidos do trabalho realizado”* (AESOP, 2006)

O caminho para o reconhecimento da enfermagem perioperatória já é longo e tem a pouco e pouco vindo a surtir os seus frutos, com a enfermagem perioperatória a afirmar-se cada vez mais como uma área específica do conhecimento teórico e prático no seio da Enfermagem.

Os enfermeiros perioperatórios têm vindo cada vez mais a afirmar-se como “especialistas” em cuidados de enfermagem específicos, tendo desenvolvido a sua atividade no sentido de promoverem a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados aos clientes, nomeadamente ao nível da satisfação do cliente, na prevenção das infeções e complicações inerentes aos cuidados de saúde, no bem-estar e promoção do autocuidado e na organização dos cuidados de enfermagem.

Os conceitos relacionados com a enfermagem perioperatória surgiram no estrangeiro, nomeadamente em 1889 a enfermagem de sala de operações era considerada uma especialização, tornando-se a primeira especialidade em enfermagem nos Estados Unidos da América (EUA). Já nessa altura, o enfermeiro de sala de operações (SO), era considerado responsável pela preparação do ambiente cirúrgico, ajuda à equipa médica e orientação de estudantes de enfermagem (Galvão, et. al. 2002). Em 1979, a Association of Perioperative Registered Nurses (AORN), faz conhecer pela primeira vez um

conceito associado à enfermagem perioperatória: “ *A função perioperatória do enfermeiro de sala de operações consiste nas atividades de enfermagem desempenhadas pelo profissional de enfermagem durante as fases pré, intra e pós operatória da experiência cirúrgica do doente*”. Reconhece ainda que “ *O enfermeiro perioperatório identifica as necessidades físicas, psicológicas e sociológicas do indivíduo, põe em prática um plano de cuidados individualizado que coordene as suas ações, baseado em conhecimentos das ciências humanas e da natureza, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem estar do indivíduo, antes, durante e após a cirurgia*”. (AESOP, 2006)

Em Portugal, a orientação para a enfermagem perioperatória iniciou-se com a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP) em 1985.

A AESOP defende que o enfermeiro perioperatório “ (...) *reconhece as necessidades do cliente a quem presta cuidados, executa-os com destreza e segurança e avalia-os apreciando os resultados obtidos do trabalho realizado.*” (AESOP, 2006).

Por outro lado a AORN, descreve o enfermeiro perioperatório, como um profissional capaz de “*Identificar as necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais do cliente/família, para elaborar e pôr em prática um plano individualizado de cuidados (...) a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem-estar do indivíduo antes, durante e após a cirurgia.*” (AORN, 1998).

Os enfermeiros perioperatórios têm vindo cada vez mais a afirmar-se como “especialistas” em cuidados de enfermagem específicos, tendo desenvolvido até então, um esforço hercúleo no sentido de promoverem a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados às pessoas que necessitam de cuidados cirúrgicos, nomeadamente ao nível da satisfação do cliente, na prevenção das

complicações inerentes aos cuidados de saúde, no bem-estar e promoção do autocuidado e na organização dos cuidados de enfermagem.

Desta forma o enfermeiro perioperatório assume primordial importância e papel de destaque na prestação de cuidados ao doente cirúrgico, sendo para tal, crucial a definição de funções específicas, tendo assim sido necessário organizar as funções da enfermagem perioperatória de forma a responder a todas as fases do processo perioperatório: definiram-se assim as funções dos enfermeiros de apoio à anestesia, enfermeiros circulantes, enfermeiros instrumentistas e enfermeiros de apoio à Unidade de Cuidados Pós-anestésicos (UCPA).

- **Enfermeiro de apoio à anestesia:** este enfermeiro mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para estabelecer uma relação empática, assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da sua situação e promove o estabelecimento de relação terapêutica com estes. Diagnostica precocemente complicações relacionadas com o procedimento anestésico. Monitoriza intensivamente as funções fisiológicas e identifica alterações do padrão. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de vida e realiza intervenções apropriadas. Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos. Identifica evidências fisiológicas e emocionais do sofrimento e garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor.
- **Enfermeiro circulante:** o enfermeiro circulante desempenha um papel fundamental no funcionamento da SO. É um elemento vital, pois controla o desenrolar dos cuidados ao doente, antes, durante e após o procedimento cirúrgico. Tem como principais missões, coordenar todas as atividades na SO e os cuidados de enfermagem necessários ao doente,

é o membro da equipa cirúrgica que está em posição para ter uma panorâmica geral das atividades a decorrer e pode em muitos casos ser o advogado do doente. Gere a comunicação interpessoal na equipa promovendo a segurança no contexto perioperatório. Supervisiona a equipa cirúrgica detetando qualquer quebra de técnica assética e estabelece comunicação com o exterior. Desempenha um papel importante na gestão dos gastos adequando às necessidades do procedimento cirúrgico, evitando o desperdício. Para a OE (2004) no seu enunciado sobre as **“Orientações Relativas às Atribuições do Enfermeiro Circulante”**, *“O enfermeiro circulante é o profissional de enfermagem que, no desempenho das suas competências, tem como foco de atenção as necessidades do doente cirúrgico, e assenta a sua tomada de decisão nos conhecimentos científicos e técnicos que lhe permitem conhecer e compreender a complexidade do ambiente em que desenvolve as suas intervenções, incluindo em situações de emergência ou de limite.”*

- **Enfermeiro Instrumentista:** enfermeiro dotado de elevada destreza técnica e elevados conhecimentos dos procedimentos e técnicas cirúrgicas e que desenvolve as suas atividades sobretudo na área do controlo da infeção e da segurança; tem como principais responsabilidades, controlar a assepsia do campo operatório e mesa de instrumentos, controlar os dispositivos estéreis, ajudar o cirurgião e os seus assistentes, participar na formação de novos elementos, controlar de forma escrupulosa as contagens de instrumentos e os restantes dispositivos médicos, nomeadamente compressas e corto perfurantes. Deve ser dotado de elevada destreza manual, resistência física e psicológica, bem como ser altamente responsável e rigoroso.
- **Enfermeiro de apoio à UCPA:** é um enfermeiro com capacidades e conhecimentos múltiplos, que sabe responder a situações de stress,

avalia possíveis complicações pós-operatórias agindo em conformidade e presta apoio ao doente e família na fase pós-operatória. Diagnostica precocemente focos de instabilidade e dá resposta pronta antecipatória. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa otimizando as respostas. Providencia cuidados à pessoa promovendo o restabelecimento das funções vitais e a recuperação. Gere a comunicação interpessoal e a informação na relação terapêutica com a pessoa e família. Assegura a continuidade dos cuidados à pessoa. Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes de situações imprevistas. É também um importante elemento na gestão da informação do doente, nomeadamente quando este é transferido para outros serviços (ex.: internamento). (AESOP, 2006)

Mas não só através de funções se podem caracterizar os enfermeiros perioperatórios. Sendo a enfermagem uma área pautada pelo conhecimento prático e teórico, tal como referiu Benner (2005) no seu modelo de desenvolvimento de competências de enfermagem, o enfermeiro perioperatório deve possuir competências que seguem um trilha paralelo às suas funções.

A investigação assume também ela uma posição de referencia para o desenvolvimento e valorização da enfermagem enquanto profissão científica e que orienta o seu desenvolvimento a par da procura de conhecimento. Para Martins (2008, p. 62), *“Apesar da origem modesta, a enfermagem percorreu um longo caminho até adquirir a notabilidade e a importância de que desfruta atualmente. Para tal terá contribuído não só a formação, mas também o investimento na investigação. À medida que os enfermeiros foram recebendo formação mais profunda e academicamente elevada, foram surgindo também os estudos de investigação.”*

A investigação científica assume-se como “ (...) *atividade humana de grande responsabilidade (...) sempre associada à procura da verdade, exige rigor, isenção, persistência e humildade. A investigação em enfermagem não foge a estas exigências e requisitos, (...)*” (Martins, 2008, p.62)

A EORNA estabeleceu um domínio de competências para caracterizar a enfermagem perioperatória e que foca a sua atenção num “*European Common Core Curriculum*”, que se baseia em cinco grandes competências (EORNA, 2012):

1. *Professional, legal, ethical practice*
2. *Nursing care and perioperative practice*
3. *Interpersonal relationships and communication*
4. *Organisational, management and leadership skills*
5. *Education, professional development and research*

A filosofia que ajudou à formação deste “*European Common Core Curriculum*”, baseia-se na definição de enfermagem de Virginia Henderson (1966), “*The unique function of the nurse is to assist the individual sick and well in the performance of those activities contributing to health or its recovery (or a peaceful death) that they would perform unaided if they had the necessary strength, will and knowledge. It is likewise the unique contribution of nursing to help people be independent of such assistance as soon as possible.*”

A nível nacional a AESOP formulou também um domínio de competências que definem o que é a enfermagem perioperatória. Essas competências são, de acordo com a AESOP (2004):

1. **Comunicação:** Procura habilitar a enfermeiro perioperatório a realizar uma comunicação eficaz e terapêutica, com o doente e a

sua família/pessoa significativa, bem como com a equipa multidisciplinar.

2. **Prestação de cuidados:** Procura habilitar o enfermeiro perioperatório a pensar e estruturar um plano de cuidados personalizado e focado no doente cirúrgico, tendo no entanto em conta, uma prestação de cuidados de qualidade com a correta organização do seu trabalho.
3. **Educação/Formação:** Pretende habilitar o enfermeiro perioperatório a ser um promotor da educação/formação dos seus pares e outros profissionais, bem como promotor da educação/formação ao doente e sua família/pessoa significativa.
4. **Advogado do Doente:** Procura habilitar a enfermeiro perioperatório a ser proativo no processo de tomada de decisão e de responsabilidade pelo doente cirúrgico, atendendo às suas necessidades físicas e psíquicas, protegendo-o de qualquer dano ou prejuízo, até que este seja capaz de tomar as suas próprias decisões.
5. **Análise e investigação:** Procura habilitar o enfermeiro perioperatório a desenvolver o sentido de procura de conhecimento, bem como espírito de análise.
6. **Gestão:** Procura habilitar a enfermeiro perioperatório a tomar conhecimento com os processos de gestão, bem como participar e/ou gerir um BO.
7. **Desenvolvimento da pessoa como profissional:** Procura habilitar a enfermeiro perioperatório a investir no seu enriquecimento profissional, desenvolvendo de forma sólida e concreta o seu percurso profissional.
8. **Liderança:** Procura habilitar a enfermeiro perioperatório a liderar os seus pares e outros profissionais da equipa multidisciplinar do BO, procurando transmitir de forma concisa e

objetiva, os objetivos das organizações que representam, bem como os resultados das suas atividades.

As competências vêm habilitar o enfermeiro perioperatório a prestar cuidados de qualidade enquanto enfermeiro circulante, de apoio à anestesia, instrumentista e enfermeiro de UCPA, ao doente cirúrgico e sua família/pessoa significativa, bem como trabalhar numa equipa multiprofissional e a participar em programas de qualidade e organizar e gerir um BO (AESOP, 2004).

1.3 Controlo de infeção

A infeção hospitalar desperta atualmente cada vez mais o interesse da comunidade científica (Sociedade Brasileira de Pediatria – Jornal de Pediatria, 2003), nomeadamente pelo facto de que o seu controlo e rastreio, bem como a aplicação de práticas que restringem a sua propagação, como por exemplo a higienização das mãos, têm sido fatores preponderantes na diminuição da morbilidade e mortalidade dos clientes. (Sociedade Brasileira de Pediatria – Jornal de Pediatria, 2003)

Uma infeção nosocomial (IN) ou infeção associada aos cuidados de saúde (IACS) ocorre durante a hospitalização e não está presente na admissão hospitalar. (DGS – Inquérito Nacional de Prevalência de Infeção. 2009) As IACS são a complicação mais comum nos doentes hospitalizados e afetam principalmente as vias urinárias, o local cirúrgico, as vias respiratórias e a corrente sanguínea. (DGS – Inquérito Nacional de Prevalência de Infeção. 2009)

Para Pina (et. al. 2010), “*As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) incluem-se hoje entre as complicações mais frequentes de hospitalização. No início da década de noventa o Harvard Medical Practice Study constatou que,*

só uma IACS era a segunda mais importante das complicações adversas em doentes internados. As IACS apresentam muitas características que as tornam uma componente crítica de qualquer programa de segurança do doente.”

Smeltzer e Bare (2002) definem a infeção como um indicador para uma interação do hospedeiro com um organismo. Já Silva (2007) define a infeção como uma invasão de micro-organismos capazes de se multiplicar e desenvolver um estado patológico no organismo superior. Para o mesmo autor infeção hospitalar é o termo utilizado para descrever a infeção adquirida depois de determinado tempo de internação no hospital. Mais comumente, poderemos definir as infeções hospitalares como Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). (Direção Geral de Saúde – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde, Manual de Operacionalização. 2008)

Desde a década de 70, que temos observado um crescendo de pesquisa e procura de melhoria na prevenção e controlo das IACS. Os estudos passaram de rotineiros, a monitorizações microbiológicas cada vez mais aprimoradas e racionalizadas permitindo a consolidação de dados epidemiológicos. Um outro fator de relevante importância que ajudou a revolucionar o controlo de infeção, remete-nos para o vírus HIV (*human immunodeficiency virus*), pois a sua descoberta tornou-se num enorme desafio, com a necessidade de se implementar medidas de prevenção e controlo para todos os clientes, independentemente do seu fator de risco. (Sociedade Brasileira de Pediatria – Jornal de Pediatria, 2003)

Este fator foi o que mais impacto criou a nível hospitalar, tendo repercussão em termos mundiais, pois a gravidade, e numa fase inicial a indefinição e desconhecimento quanto às vias de transmissão da doença, contribuíram para a sensibilização dos órgãos oficiais e políticos, bem como dos hospitais e profissionais de saúde, levando estes últimos a pensar e considerar a adoção de

práticas e medidas preventivas. (Sociedade Brasileira de Pediatria – Jornal de Pediatria, 2003)

Em 1987 o *Centers of Disease Control and Prevention* (CDC), publica as normas de precauções universais e isolamento de substâncias corporais e define cuidados básicos a serem adotados em todos os clientes, independentemente dos seus diagnósticos e/ou patologias, tendo em 1996 sido efetuada a revisão dessas normas.

Segundo Andrade (2002), a incidência e o controlo da infeção hospitalar estão muito ligados à evolução da prática cirúrgica, que também sofreu grandes transformações na evolução dos tempos operatórios, através dos novos conhecimentos nos campos da anestesia e hemostasia, pelo avanço das técnicas de assepsia e esterilização e pelo uso e abuso dos antibióticos.

São vários os fatores que já foram devidamente identificados e relacionados diretamente com as IACS, como o tempo de permanência hospitalar superior a 24 horas, realização de procedimentos invasivos, higienização das mãos ou até rácios abaixo dos considerados como ideais relativamente aos profissionais de enfermagem que cuidam dos clientes. Assim dúvidas não restarão, que as IACS estão diretamente associadas à prestação de cuidados e que constituem um importante problema de Saúde Pública (Pina, et.al. 2010)

Para definirmos concretamente as IACS e delinear planos para combate às mesmas, deveremos antes de mais compreendê-las na sua totalidade, ou seja, compreender o que significam, quais as suas causas, como as podemos prevenir, a quem cabe prevenir e controlá-las, que implicações têm para todo o processo do cuidar. (Souza, et.al. 2005)

Temos de nos consciencializar que para conseguirmos dar resposta a todas estas questões, há que compreender o tema. Nem todas as pessoas expostas a um determinado microrganismo com potencial patogénico desenvolvem uma infeção, pois a resposta do sistema imunitário da pessoa depende diretamente do microrganismo e da resposta do sistema imunitário do hospedeiro. (Souza, et.al. 2005)

As IACS, podem definir-se como infeções adquiridas em ambiente hospitalar, decorrente do internamento do cliente e que se mantêm durante esse internamento ou mesmo até após a alta hospitalar e deverão poder ser relacionadas diretamente com os cuidados e procedimentos decorrentes do internamento.

De acordo com o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (2007) *“A prestação de cuidados de saúde, quer em meio hospitalar, quer em regime de ambulatório, pode dar origem à transmissão de infeções designadas por Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). Este fenómeno está, aliás, amplamente documentado. Se por um lado se prolonga a sobrevida de doentes, por outro verifica-se que, os mesmos doentes se tornam vulneráveis às múltiplas infeções que podem adquirir nos locais onde ocorre a prestação de cuidados, sobretudo devido ao recurso a procedimentos mais invasivos, a terapêutica antibiótica agressiva ou imunossupressora e aos internamentos subsequentes, quer nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), quer noutras unidades.”*

As IACS deverão ser atualmente consideradas das maiores preocupações dos gestores dos sistemas de saúde, uma vez que a sua prevalência oscila entre os 5 e os 10% na maioria dos países da Europa. O último inquérito de prevalência conduzido pela *“ (...) OMS em 55 hospitais de 14 países, revelaram que 8,7% dos doentes internados têm possibilidade de adquirir uma IACS”*. As IACS constituem também uma das maiores causas de morte em todo o mundo. Em

Portugal, o último inquérito nacional de prevalência, revelou uma “ (...) *prevalência de 8,4% de doentes com IACS e uma prevalência de 22,7% de doentes com infecção adquirida na comunidade.*” (Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde, 2007).

Grande parte das infeções resultam de um desequilíbrio no sistema da pessoa, sendo devido à patologia da pessoa, aos procedimentos invasivos aos quais é sujeito, mas nomeadamente pelo uso de antibióticos. No entanto, também devemos considerar que cerca de dois terços das IACS são relacionadas com a flora microbiana da própria pessoa doente, podendo ser despoletada em ambiente hospitalar. Assim constitui uma extrema dificuldade, conseguir determinar se uma IACS, tem a sua origem com base em microrganismos trazidos da comunidade ou se é adquirida em ambiente hospitalar durante o internamento. (Souza, et.al. 2005)

Numa IACS, o hospedeiro é sempre o elo mais importante da cadeia epidemiológica, pois nele reside a maioria dos microrganismos que na maior parte das vezes despoletam os processos infecciosos. (Souza, et.al. 2005) Mas se numa IACS o hospedeiro é o elo mais importante da cadeia epidemiológica, o profissional de saúde é um elo não menos importante.

Há 160 anos, Ignaz Semmelweis afixou um aviso na porta da Clínica Obstétrica do Hospital Geral de Viena onde se poderia ler “*A partir de hoje, todo o estudante ou médico, proveniente da sala de Anatomia, é obrigado, antes de entrar nas salas de Clínica Obstétrica, a lavar as mãos com uma solução de ácido clórico, na bacia colocada na entrada. Esta disposição vigora para todos, sem exceção*”. (Tipple, et. al. 2003)

Tais dados revelam-nos que a preocupação com as infeções não remota apenas há cerca de 30-40 anos atrás, bem como se verifica, que mesmo há mais de um século atrás já se adotavam medidas de diminuição das infeções e que se

relacionavam diretamente com os prestadores de cuidados. Apesar das preocupações de Semmelweis, nos dias de hoje ainda lutamos para que todos os profissionais de saúde sejam um elo preponderante no controlo das IACS. Exemplo disso é a campanha lançada pela *World Alliance for Patient Safety*, da Organização Mundial de Saúde (OMS), que estabeleceu como objetivo a *“promoção da prática da higiene das mãos de forma padronizada e abrangente, contribuindo para a diminuição das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e para o controlo das resistências dos microrganismos aos antimicrobianos, tendo como meta o aumento da adesão dos profissionais de saúde à higiene das mãos.”* (DGS. Relatório da Campanha Nacional da Higiene das Mãos. 2010-2011)

No bloco operatório é importante a utilização das técnicas assépticas durante a lavagem das mãos para procedimentos cirúrgicos ou invasivos, no vestir da bata e no calçar das luvas, pois por se prestarem atos invasivo e o doente ficar muito tempo exposto, é de fundamental importância o cuidado no controle da infeção hospitalar.

Existem fatores que vão intervir na infeção como: o agente, as fontes de infeção, vias de transmissão da infeção, suscetibilidade do hospedeiro e processo infeccioso (Andrade, 2002). Não só esses fatores interferem no controlo da infeção, mas atitudes simples como o cortar das unhas, a não utilização de objetos como brincos, pulseiras e adornos, são de fundamental importância para o controlo da infeção.

O controlo da infeção hospitalar pode praticar-se de várias maneiras. Segundo Lopez e La Cruz (2002) a **lavagem das mãos**, uma **boa assepsia**, a **utilização de antissépticos**, o **bom manuseio do material esterilizado**, entre outros, são maneiras de se evitar uma possível infeção hospitalar.

As mãos são o principal meio pelo qual se transmitem os microrganismos de um indivíduo para outro. Os micro-organismos encontrados nas mãos do pessoal hospitalar, são adquiridos a partir do contacto com equipamentos/material contaminado e clientes colonizados/infetados. A problemática da infeção que resulta diretamente da prestação de cuidados é real e um problema sobejamente conhecido e descrito (Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde, 2007).

Perante o parágrafo anterior, não restam quaisquer dúvidas acerca da transmissão de micro-organismos entre os profissionais de saúde (através do contato direto), o que vem a provocar infeções indesejáveis. Desta forma, todos estamos de acordo quanto à necessidade e pertinência que a lavagem das mãos assume neste contexto.

Atualmente existem inúmeras recomendações emanadas por entidades nacionais e internacionais, sobre a temática da higienização das mãos. No entanto, a prática de adesão continua fortemente subvalorizada pelos profissionais de saúde, tornando na prática difícil contornar o problema das infeções cruzadas. A temática da higienização das mãos é o cerne da questão de qualquer programa de controlo de infeção. Devido à renitência da adesão à prática da lavagem das mãos, cada vez mais se tem introduzido nas unidades de saúde, a política de recurso às soluções de desinfeção de base alcoólica.

As soluções de desinfeção de base alcoólica trazem consigo os seguintes objetivos: (Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde, 2007)

- *“Constituir alternativa viável à lavagem das mãos*
- *Obviar o problema da falta de lavatórios em quantidade e em locais estratégicos*

- *Tornar o processo de higienização das mãos menos demorado*
- *Evitar o stresse dérmico e as dermatites de contacto subsequentes à utilização sistemática de água e sabão*
- *Motivar os profissionais para a higienização das mãos.”*

Por outro lado, não só as mãos e a sua higienização são o fator determinante na transmissão de microrganismos. Outro aspeto a considerar é a real possibilidade de transmissão de microrganismos e flora bacteriana através de dispositivos médicos (DM) reutilizáveis, utilizados em procedimentos invasivos. O cliente é sempre o elo mais suscetível de sofrer infeções quando é colocado perante DM com falhas de condições de assepsia, ou perante DM reutilizáveis com inadequado processo de descontaminação e reprocessamento. (Tipple, et. al. 2003)

De acordo com o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (2007), “ *A estes constrangimentos identificados podem, ainda, associar-se outros; (...) a inadequação de estruturas para descontaminação e esterilização centralizadas dos dispositivos médicos (...)*” O risco de infeção para um cliente aumenta bastante se o enfermeiro poder vir a utilizar um DM reutilizável que não tenha sido submetido ao melhor processo de limpeza e esterilização ou que se encontre com a sua barreira de esterilidade comprometida. Os enfermeiros, nomeadamente os enfermeiros perioperatórios, detêm a responsabilidade de garantir que os DM reutilizáveis utilizados em cirurgias, foram descontaminados e esterilizados, bem como armazenados, nas condições recomendadas internacionalmente. (Tipple, et. al. 2003)

Perante o exposto, pode-se assegurar que o controlo da infeção depende de todos os intervenientes, que de uma forma geral trabalham em contexto hospitalar, em particular no bloco operatório.

1.4 Esterilização de Dispositivos Médicos Reutilizáveis

A noção de esterilização como ciência tem a sua evolução, com bases nos registos mais antigos, desde há menos de dois séculos (Leite, 2008) A descoberta da bactéria e a procura de métodos para a sua eliminação, foram fundamentais para o desenvolvimento dos conceitos relacionados com a microbiologia, bem como o desenvolvimento das técnicas cirúrgicas e consequentemente os processos de descontaminação e esterilização de material. (Costa et. al. 2009)

A evolução das técnicas cirúrgicas levou à inevitável evolução e procura de novos instrumentos cirúrgicos, sendo que nos primórdios da Cirurgia, os instrumentos cirúrgicos não recebiam o tratamento adequado em termos de limpeza e descontaminação, bem como de conservação da sua limpeza²; no entanto, já os primeiros cirurgiões demonstravam preocupações com a correta limpeza dos instrumentos cirúrgicos, pois tentavam evitar a utilização dos instrumentos que pudessem servir de fonte de infeção, apoiando as suas decisões nos estudos da época, onde Pasteur e Kock demonstravam que os microrganismos, nomeadamente as bactérias, eram os responsáveis pelas transmissões de doenças entre os seres humanos. (Costa et. al. 2009)

A descoberta dos microrganismos patogénicos fez despoletar a necessidade de adoção de medidas preventivas de combate aos mesmos, e é daí que vem a surgir a preocupação com a assepsia e a lavagem das mãos. (Couto, 2003) O material e os DM reutilizáveis que na altura eram utilizados em cirurgias, não tinham propriamente um local onde serem preparados e reprocessados, sendo urgente que se criasse um local com as condições adequadas a esses procedimentos. Desta forma, a preocupação com estes factos, começa a tomar uma posição de relevo em meados do século XIX, naquela que se define como a

Era Bacteriológica. (Couto, 2003) Os primeiros aspetos relativos à prevenção das infeções associadas ao uso dos DM reutilizáveis, surge por Joseph Lister, que através do tratamento de fios de sutura e compressas cirúrgicas embebidas em substância desinfetante, provou diminuir as taxas de infeções e mortalidade pós-cirúrgicas; este facto catapultou a evolução das técnicas de esterilização de materiais e DM hospitalares reutilizáveis. (Couto, 2003)

Desde as épocas de Pasteur, Kock, Semmelweis ou Lister, muito evoluiu a ciência e o conceito de limpeza e descontaminação dos DM reutilizáveis, bem como dos métodos de esterilização, de tal forma, que no início da década de 40, os processos de limpeza preparação e armazenamento de materiais já eram realizados pelos enfermeiros nos hospitais. Tratava-se de um serviço completamente descentralizado e de um apoio muito relativo. (Leite, 2008)

Na década de 50, começam a surgir os primeiros centros de materiais parcialmente esterilizados, nas quais apenas parte dos materiais começam a ser preparados e esterilizados. Ou seja, cada serviço preparava os seus materiais e DM e só após a preparação, os encaminhava à esterilização para serem esterilizados. (Leite, 2008)

Após este breve enquadramento histórico acerca de como se atingiram os padrões atuais de esterilização, estamos em condições de poder afirmar que o Serviço Central de Esterilização (SCE), tem uma história que acompanhou de muito perto os procedimentos cirúrgicos e a sua evolução. (Ouriques, et. al. 2013)

O processo de reprocessamento de DM reutilizáveis compreende várias etapas: a receção dos DM contaminados, a descontaminação dos mesmos através de processos de lavagem, inspeção funcional e visual, preparação dos DM com empacotamento/acondicionamento em contentores específicos, esterilização e armazenamento e transporte para o Serviço Utilizador (SU). Todos os

processos e etapas a que são submetidos os DM reutilizáveis, devem ser rigorosamente monitorizados e registados, sendo a rastreabilidade, um importante indicador de qualidade do reprocessamento desses DM. (DGS - Manual e Normas de Procedimentos para um Serviço Central de Esterilização. 2001)

Reforçando o parágrafo anterior, os processos de monitorização e registos, são cada vez mais, considerados como fatores de qualidade imprescindíveis nas unidades hospitalares, pois permitem o correto despiste de falhas de um eventual reprocessamento de um DM reutilizável e permitem associá-lo ou não, a uma pessoa que desenvolva uma IACS. A implementação de programas de educação dos profissionais de saúde, nomeadamente das equipas de enfermagem, toma contornos de grande importância, pois pretende-se que cheguem a todos os profissionais que trabalhem diretamente com DM, em especial os reutilizáveis e utilizados em procedimentos invasivos, com um sentido de sensibilização para as problemáticas atuais relacionados com o controlo de infeção e de partilha de conhecimento científico, aplicado à prática profissional (Tipple, et. al. 2003), sendo um fator crucial no reconhecimento e valorização das competências dos profissionais no combate às infeções, pois a área da saúde teve de acompanhar a evolução científica e tecnológica, apoiada em indicadores de qualidade dos processos e os profissionais devem de conseguir acompanhar estas mesmas evoluções. (Tipple, et. al. 2003)

Inevitavelmente, os avanços da Cirurgia, dos equipamentos médicos e DM, vêm exigindo o avanço dos conceitos e de novos métodos de reprocessamento de DM. (Costa, 2009). Conforme demonstra um estudo levado a cabo por Angelillo (et. al. 1999), este procurou investigar o conhecimento, atitudes e comportamentos de enfermeiros de bloco operatório, tendo em conta fatores associados ao controlo de infeção. Este define que em particular os “ (...) *profissionais de bloco operatório, detêm alto risco de adquirirem e*

transmitirem infecções devido à sua comum exposição a sangue e outros fluidos orgânicos, bem como contribuem para as elevadas estatísticas Associadas a IACS (...)”, pois os grandes riscos associados aos profissionais de BO, prendem-se com as práticas de uso/manuseio de material contaminado, bem como práticas de risco associadas a práticas de descontaminação de DM reutilizáveis e deficiente higiene/asepsia das mãos (Angelillo, et. at. 1999). O estudo demonstra conhecimento limitado sobre processos de descontaminação e esterilização e a limitação de instrução nesse sentido, bem como limitações no reconhecimento da importância de enfermeiros especialistas e com conhecimentos diferenciados nestas áreas. O estudo demonstra efetivamente que **apenas 67.3% dos inquiridos concordaram** com o que é correto em termos de conhecimento e conceitos gerais sobre controlo de infeção (Angelillo, et. at. 1999).

O estudo de Angelillo (et. al. 1999), revela também que os comportamentos adotados pelos enfermeiros no BO, relativamente ao controlo de infeção, são claramente inapropriados tendo em conta as orientações internacionais publicadas. Em suma, consegue concluir no seu estudo que é crucial a educação contínua e orientada para o controlo de infeção e que se se implementarem programas educacionais e se levarem a cabo intervenções direcionadas à área do controlo de infeção, esse poderá ser um caminho orientador à motivação dos enfermeiros, para a aplicação correta das práticas recomendadas.

Tendo em conta Costa (2009), sobre a evolução das centrais de materiais e esterilização e o envolvimento dos enfermeiros nesta área, o mesmo refere que *“A formação dos enfermeiros capazes de desenvolver autonomia e competência poderá ser o início do estabelecimento de novos entendimentos sobre o processo de cuidar, menos limitado e restrito, que valorize também competências específicas nessa área do saber”*.

Este raciocínio, tem tudo para ser uma afirmação impulsionadora para que os enfermeiros perioperatórios sigam o rumo que os orientam para a aquisição de novos conhecimentos, no sentido de garantir a sapiência e experiência que lhes permitam resolver e/ou apresentar alternativas para a resolução de problemas, de uma forma enquadrada à sua realidade institucional, bem como otimizar processos de trabalho que reduzam os riscos para a pessoa doente, nomeadamente os riscos associados ao uso de DM reutilizáveis. (Costa, 2009)

O enfermeiro perioperatório deve ser capaz de se adaptar às mudanças constantes do quotidiano, que cada vez mais nos traz maior complexidade nas situações de doença e que exige mais que nunca, uma abordagem multidisciplinar e trabalho de equipa.

O trabalho realizado no âmbito do Projeto procura enquadrar-se nas áreas perioperatória, de controlo de infeção e esterilização, já enquadradas neste documento, bem como dar resposta aos enunciados dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem da OE (2001), “ *A satisfação do cliente*”, “ *A promoção da saúde*”, “ *A prevenção das complicações*”, “ *O bem-estar e autocuidado*”, “ *A readaptação funcional*” e “ *A organização dos cuidados de enfermagem*”.

2. Metodologia de Projeto

Quando nos referenciamos a Metodologia de Projeto, temos de reportar ao seu conceito, que se define como “ (...) *um conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real*” (Guerra, 1994).

Segundo refere a mesma autora, a metodologia quando se liga à matéria de investigação, pretende a “*resolução de problemas*” e através dela adquirimos “ (...) *capacidades e competências de características pessoais pela elaboração de concretização de um Projeto numa situação real*”.

É importante referenciar que a Metodologia de Projeto caracteriza-se por não ser um processo estático nem estanque, pois é permissiva sob o ponto de vista de flexibilidade dos processos ao longo do trabalho (processo dinâmico), sendo que se adapta ao longo das intervenções.

A metodologia de Projeto pressupõe a resolução de problemas, permitindo adquirir capacidades e competências pessoais, através da concretização de um Projeto aliado a uma situação real. É um excelente veículo de transposição das componentes teóricas para a aplicação prática.

Por sua vez, o Projeto é um plano para resolver ou estudar um problema que preocupa os intervenientes que o pretendem realizar. (Ferrito et. al. 2007).

Assim, relativamente ao Projeto, pode dizer-se que se trata de uma metodologia que pretende aplicar técnica e procedimentos para estudar um problema, que permite planear, delinear e preparar para o trilha a seguir ao

longo da sua realização e que se centra na investigação, análise e resolução de problemas.

Por sua vez, o Estágio vem proporcionar uma oportunidade singular para a absorção de conhecimento, sendo um importante veículo de reflexão, análise e prática clínica, que procura promover o desenvolvimento e proporcionar o suporte para um conjunto de competências que visam uma prestação de cuidados de enfermagem, assentes em suporte de evidência científica, sendo neste caso em concreto, cuidados de enfermagem centrados na pessoa submetida a cirurgia, as diversas fases do período intraoperatório (Escola Superior de Saúde, IPS – Fundamentos, enquadramento e roteiro normativo do Trabalho de Mestrado. 2013)

Aos estudantes, sendo que estes se tratam de intervenientes ativos no seu percurso formativo e de aprendizagem, é-lhes exigido o binómio reflexão - ação, descrita no Modelo de Trabalho Pedagógico – MTP3. (Lesne, 1997)

Pelo descrito anteriormente, iniciámos o Projeto com a identificação da área de interesse e intervenção, realizado através de um diagnóstico. (Ferrito et. al. 2007) de situação, que sendo a “ (...) *primeira etapa da metodologia de Projeto, visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar.*”

Este Projeto foi desenvolvido no Bloco Operatório (BO) do Hospital X, serviço no qual exercemos funções desde novembro de 2005.

Para nos orientar neste Projeto tivemos como enfermeiro orientador no local supracitado, o Enfermeiro J. S., Diretor de Enfermagem da instituição, que já

desempenhou funções de enfermeiro perioperatório e enfermeiro de SCE num Hospital Distrital da zona Sul.

Neste capítulo pretendemos transmitir de forma clara e concreta, o Projeto que desenvolvemos durante o estágio, estruturando a apresentação em três partes. Na primeira parte, realizamos o enquadramento da Metodologia de Projeto e caracterizamos o local do estágio, consequentemente o local onde se levou a cabo Projeto. Na segunda parte apresenta-se o diagnóstico de situação e na terceira a estruturação do Projeto e a apresentação dos resultados.

2.1 Caraterização do Bloco Operatório do Hospital X

O Hospital X foi inaugurado em dezembro de 2003 e localiza-se na margem sul do Rio Tejo. O hospital faz parte de um grupo de saúde privada do nosso país, estando inserido nesse grupo conjuntamente com mais 17 unidades entre hospitais e clínicas. A área de influência deste hospital contempla toda a zona abaixo do Rio Tejo, sendo a maior unidade hospitalar privada da zona sul, com 92 camas de internamento, sendo capaz de fornecer serviços médicos com especialidades cirúrgicas e médicas, meios complementares de diagnóstico (Rx, TAC, ressonância magnética, entre outros) e promovendo um Serviço de Atendimento Médico Permanente. Possuí ainda consultas médicas dentro das especialidades existentes e serviço cirúrgico com um bloco operatório.

O BO encontra-se a funcionar neste hospital, desde meados de maio de 2003, situando-se no primeiro piso. Tem como missão dar resposta a todo o movimento operatório da Unidade hospitalar, em condições técnicas e humanas de excelência para os clientes que dele necessitam.

Em termos de estrutura física o BO é constituído por:

- 4 Salas para cirurgia programada, sendo que uma delas fica preferencialmente reservada para situações de urgência devendo nestas situações a cirurgia programada ser preterida;
- 1 Unidade de Cuidados Pós-anestésicos (UCPA) composta por:
 - 4 Unidades para recobro anestésico
 - 1 Unidade para clientes que se encontrem instáveis do ponto de vista hemodinâmico e/ou ventilatório
- Vestiários de pessoal;
- 1 Gabinete da Direção do BO e Secretariado;
- 1 Gabinete do Enfermeiro Responsável.

O BO está sob a direção e responsabilidade médica da Coordenação de anestesia do hospital. O serviço funciona em dois turnos, o da manhã das 8h às 14h e o da tarde das 14h às 22h. (Regulamento interno bloco operatório do Hospital X, 2008) O hospital tem capacidade para responder a situações de urgência, nomeadamente cirúrgica, dispondo de uma equipa de enfermagem (com três enfermeiros) em regime de prevenção, das 20h às 8h, nos dias úteis e das 0h às 24h aos feriados e fins de semana.

As especialidades cirúrgicas existentes são: Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Cirurgia Vascular, Cirurgia Pediátrica, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Urologia, Ginecologia e Neurocirurgia.

A equipa de enfermagem é constituída por 24 enfermeiros, 11 contratados pela instituição a tempo inteiro e 13 contratados em regime de prestação de serviços, que colmatam as necessidades de “*staff*” do BO.

O BO é uma unidade que pela sua particularidade de complexidade de cuidados de enfermagem, requer tempos de integração mais longos por parte

dos novos profissionais. Neste BO temos tido a oportunidade de trabalhar com muitos enfermeiros recém-formados, o que por um lado proporciona um bom meio de partilha de experiências, com os elementos mais jovens a serem veículos de mobilização de novos conhecimentos, especialmente a nível académico, mas por outro lado dificulta a coesão de conhecimentos da equipa no sentido em que existe sempre alguém em processo de aprendizagem, exigindo maior dedicação e esforço por parte dos enfermeiros seniores no serviço. No entanto, essa dificuldade tem sido ultrapassada, permitindo uma prestação de cuidados específicos e de excelência, nos três períodos do tempo operativo, o pré, o intra e o pós-operatório.

Como em qualquer BO, o enfermeiro desempenha o seu papel com funções interdependentes e independentes no seio da equipa multidisciplinar.

2.2 Diagnóstico de Situação

O diagnóstico de situação pressupõe apresentar o percurso até à definição da situação-problema (Kurcgant, et. al. 1991), permitindo estruturar o problema de forma quantitativa e qualitativa, o que permite assim estabelecer prioridades, permitindo recolher informações de natureza objetiva e qualitativa, não descurando o aprofundamento que é necessário. (Ferrito et. al. 2007)

O diagnóstico de situação permite-nos efetuar um percurso no sentido de atingirmos a definição de determinado problema, o qual surge através de um levantamento de necessidades e análise de problemáticas em determinado local específico (Kurcgant, et.al. 1991).

É a primeira etapa da metodologia de Projeto, pois permite a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada que acaba por levar à criação de um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar” (Lesne, 1997).

Como ideologia associada ao Projeto, tínhamos em mente uma problemática que já há algum tempo marca o dia-a-dia da equipa de enfermagem do BO do Hospital X. Esta equipa de enfermagem manifesta frequentemente, quer de forma direta (através de dúvidas) e indireta (verificado através da observação da prática), necessidades de formação relativamente aos métodos de reprocessamento e esterilização de DM reutilizáveis de forma geral e em concreto os utilizados no hospital X.

Tendo em conta as exigências do contexto atual, em que o BO acaba por ser um importante utilizador dos serviços do SCE, urge a necessidade de clarificar conceitos importantes relativos ao reprocessamento, empacotamento, esterilização, manipulação e acondicionamento de DM reutilizáveis.

No hospital X, o BO é o maior utilizador dos serviços do SCE, correspondendo a cerca de 80% do volume de trabalho do SCE, utilizando mais de 100 mil DM esterilizados/ano.

Um artigo do AORN Jornal dita que, anualmente morrem cerca de 90.000 clientes por ano, devido a erros médicos e infeções hospitalares. O controlo de infeção hospitalar assume assim importância preponderante e uma das formas de controlar a infeção hospitalar, nomeadamente a infeção relacionada com o procedimento e a ferida cirúrgica, é a aplicação das melhores práticas a nível de limpeza e esterilização de instrumentos e dispositivos médicos utilizados em cirurgias (Cynthia, 2008).

A Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP, 2006), descreve cuidados perioperatórios como, o conjunto de atividades desenvolvidas pelos enfermeiros perioperatórios, para dar resposta às necessidades do cliente submetido a cirurgia e ou qualquer procedimento invasivo.

Parte incidente da prestação de cuidados do enfermeiro perioperatório, está em garantir o controlo da infeção hospitalar associada aos cuidados de saúde prestados aos clientes submetidos a cirurgia e consequentemente a manutenção de um controlo rigoroso da garantia de qualidade dos DM utilizados nesses clientes.

A infeção do local cirúrgico é aquela que ocorre na incisão cirúrgica ou em tecidos manipulados durante a operação. Pode ser diagnosticada e caracterizada epidemiologicamente até 30 dias após a operação. É um risco inerente à cirurgia e a complicação mais comum e não é possível evitá-la a 100%, mas pode ser prevenida com medidas preventivas e de controlo. (Freiberger, 2006). A infeção do local cirúrgico é considerada um indicador de qualidade dos cuidados de saúde e da instituição onde foram prestados. A implementação das ações preventivas pelos profissionais é de extrema importância e nessas ações inserem-se o uso correto de técnicas de assepsia e de utilização de DM reutilizáveis esterilizados; a um SCE compete a responsabilidade de garantir a efetividade dos processos de limpeza, secagem, empacotamento e esterilização, dos DM reutilizáveis utilizados numa unidade hospitalar, sendo que qualquer falha ocorrida neste processo pode significar possíveis complicações como por exemplo, uma infeção do local cirúrgico (Freiberger, 2006).

O reprocessamento de DM reutilizáveis acarreta complexos fatores que necessitam de considerar acima de tudo, a segurança do cliente. Para tal, a

esterilização e os seus processos, deve ser entendida *“como componente essencial na qualidade dos materiais utilizados na prestação de cuidados, com um forte impacto no controlo de infeção nosocomial e no custo do cliente tratado (...)”* (DGS - Manual e Normas de Procedimentos para um Serviço Central de Esterilização. 2001).

O risco de infeção para um cliente aumenta bastante se o enfermeiro perioperatório vier a utilizar um DM que não tenha sido submetido ao melhor processo de limpeza e esterilização ou que se encontre com a sua barreira de esterilidade comprometida. Os enfermeiros perioperatórios detêm a responsabilidade de garantir que os DM utilizados em cirurgias, foram descontaminados e esterilizados, bem como armazenados, nas condições recomendadas internacionalmente. (Cynthia, 2008)

De forma a justificar esta responsabilidade, o enfermeiro perioperatório deve estar ao corrente e devidamente atualizado acerca das normativas que definem os corretos métodos de descontaminação, esterilização, acondicionamento e manipulação de DM reutilizáveis estéreis.

Assim, é premente a necessidade de compreender os conceitos descritos no parágrafo anterior, transpondo para a prática diária do enfermeiro perioperatório, as regras fundamentais para a implementação de Boas Práticas (DGS - Manual e Normas de Procedimentos para um Serviço Central de Esterilização, 2001) e assim contribuir para a prestação de cuidados de enfermagem perioperatórios de qualidade. Só desta forma, o enfermeiro perioperatório poderá garantir que os DM utilizados nas cirurgias dos clientes são detentores da devida qualidade, permitindo assim assegurar uma prestação de cuidados perioperatórios com qualidade e segurança.

A temática de esterilização e os conceitos que lhe são inerentes são uma área que se interliga com a área de controlo de infeção, marcam presença na prática diária na prática do enfermeiro perioperatório e no entanto são áreas pouco exploradas por estes profissionais. Também a ausência de contato direto e formação dos enfermeiros do BO do hospital X na área de esterilização, bem como a expressão de forma direta e indireta dessa mesma necessidade pela equipa de enfermagem, levou-nos a considerar estes fatores, como influentes diretos importantes na prestação de cuidados ao cliente cirúrgico do BO do hospital X.

Creemos que é crucial que o enfermeiro perioperatório seja capaz de garantir a qualidade dos DM reutilizáveis utilizados em cirurgia e que sejam capazes de compreender os processos inerentes ao reprocessamento desses DM, bem como garantir a manutenção de um correto controlo de infeção associado à manipulação desses DM.

Para nos ajudar a verificar a pertinência da problemática identificada, efetuou-se uma análise recorrendo à metodologia SWOT (Apêndice I), que através das suas características onde se analisam as forças (*Strengths*), as fraquezas (*Weaknesses*), as oportunidades (*Opportunities*) e as ameaças (*Threats*), nos conseguiu reduzir áreas de incerteza relacionadas com o problema identificado e assim delinear um rumo para a implementação do Projeto.

O diagnóstico de situação efetuado tendo em conta o problema identificado, encontra-se no Apêndice II.

2.3 Planeamento do Projeto

Para planeamento do Projeto e exploração da problemática identificada, procurámos elaborar um plano detalhado, que englobou a calendarização das atividades, os recursos necessários, os riscos e a qualidade dos resultados finais (Miguel, 2006).

Em primeiro lugar procurámos definir prioridades. Considerámos como prioridades que para a abordagem do planeamento, as dúvidas na interpretação e utilização de DM reprocessados, falta de documentação escrita no BO e dúvidas que são colocadas regularmente à chefia, relativamente aos métodos de reprocessamento e esterilização de DM reutilizáveis.

Na fase de diagnóstico de situação, com vista a dar resposta efetiva às necessidades identificadas, foram formulados os objetivos geral e específicos.

2.3.1 Objetivos do Projeto

2.3.1.1 Objetivo Geral

O objetivo geral a que nos propusemos neste Projeto foi:

- Melhorar a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa submetida a cirurgia no Bloco Operatório do Hospital X.

2.3.1.2 Objetivos Específicos

Como objetivos específicos para o Projeto, definimos os seguintes:

- Garantir um correto controlo de infeção associado à manipulação e utilização dos DM utilizados no BO do hospital x;
- Contribuir para a formação dos enfermeiros relativamente aos métodos de reprocessamento e esterilização de DM reutilizáveis;
- Avaliar o processo de formação dos enfermeiros relativamente aos métodos de reprocessamento e esterilização de DM reutilizáveis.

2.3.2. Questões Éticas

Contudo, para a participação num Projeto, pressupõe-se que os elementos da amostra concedam ao investigador o seu livre e esclarecido consentimento para participação no mesmo. Esse consentimento deve ser obtido por escrito “ (...) *após explicação das fases da investigação e das potenciais consequências para o participante.*” (Nunes 2013, p.11) É também importante que seja “ (...) *claro que a pessoa pode retirar o seu consentimento em qualquer momento da investigação, sem que isso implique quaisquer consequências para o próprio (...)*”, bem como ser garantido “ (...) *o anonimato e a confidencialidade das fontes.*” (Nunes, 2013, p.11).

Indo de encontro ao descrito no parágrafo anterior, elaborámos um Pedido de autorização para desenvolvimento de Projeto de Investigação, ao Presidente do Conselho de Administração da Instituição onde decorreria o estudo, o Hospital X, pedido esse que foi diferido. (Apêndice III)

Para os participantes do estudo, foi elaborado um Consentimento Informado para Participação em Projeto de Investigação, que informa detalhadamente os

participantes dos objetivos do Projeto e lhes garante a confidencialidade e proteção dos dados que lhes dizem respeito, bem como da total liberdade para, em qualquer momento, desistir sem penalizações e sem que seja necessário justificar a decisão. (Apêndice IV)

Este Projeto pretende chegar os profissionais de enfermagem do referido BO, como instrumento motivador e potenciador das competências e capacidades do enfermeiro perioperatório, no sentido em que este deve abordar a pessoa submetida a cirurgia de uma forma holística, considerando as suas componentes físicas, psíquicas, espirituais e sociais. (AESOP, 2006). No entanto, e não obstante do referido anteriormente, ao enfermeiro perioperatório é-lhe exigido um enorme esforço no sentido de acompanhar as evoluções científicas e tecnológicas do nosso mundo, bem como o acompanhamento das evoluções em questões de qualidade e segurança para o doente. Sendo que a área de esterilização apresenta evoluções constantes e está em contínua evolução, propôs-se o desenvolvimento do Projeto designado de ***“Formação da equipa de enfermagem do Bloco Operatório no reprocessamento de Dispositivos Médicos (DM) reutilizáveis.”***

2.3.3 Instrumento de Recolha de Dados – Questionário

Para possibilitar perceber quais as necessidades de formação em termos dos métodos de reprocessamento de DM reutilizáveis do BO do Hospital X, seleccionou-se a população que seria alvo de estudo, que para Fortin (2003), é “ (...) *uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios. O elemento é a unidade de base da população junto da qual a informação é recolhida (...) Uma população particular que é submetida a um estudo é chamada população alvo*”. Já Polit (1995), elege como população “ (...) *toda a agregação de casos que atendem a um conjunto eleito de critérios (...)*”. Neste caso a amostra foi toda a equipa de

enfermagem do BO do Hospital X. Sendo uma amostra não probabilística, que para Polit (1995), designa que os “ (...) *elementos são selecionados por métodos não aleatórios.*”

Para a identificação das necessidades de formação, elaborou-se por questionário, que para Vilelas (2009), é um instrumento que permite “ (...) *o registo escrito e planeados para pesquisar dados de sujeitos, através de questões, a respeito de conhecimentos, atitudes, crenças e sentimentos*”. Além da amostragem ser não probabilística, é também uma amostragem intencional. (Polit, 1995)

Na amostragem intencional, o pesquisador “ (...) *selecciona intencionalmente, a mais ampla variedade possível de respondentes. (...) A amostragem intencional costuma ser utilizada quando o pesquisador deseja uma amostra de especialistas, tal como num caso de levantamento de necessidades que utiliza o método do informante-chave*” (Polit, 1995)

Para a elaboração do inquérito, foi pensado um instrumento para a recolha de dados, que foi um questionário. Através da pesquisa bibliográfica efetuada, não se conseguiu encontrar um questionário que fosse ao encontro da área e questões que se consideraram de interesse em abordar, de modo a transmitir-nos a informação que pretendíamos recolher. O questionário foi elaborado pelos pesquisadores e submetido à opinião de dois peritos, que atestaram a validade e adequação do mesmo, tendo em conta o rigor e critério científico e a informação que se pretendia obter.

No questionário utilizado, foi elaborada uma escala de Likert, que indica “ (...) *o grau segundo o qual os sujeitos se caracterizam em relação a um conceito ou fenómeno particular*” (Fortin, 1999) e “ (...) *que consiste em vários enunciados declarativos que expressam um ponto de vista sobre um tópico*”. (Polit, 1995)

A escala de Likert aplicada constituiu-se com seis proposições, indicando cada uma das seis alternativas de resposta (Concordo Totalmente, Concordo Parcialmente, Concordo, Discordo Parcialmente, Discordo Totalmente e Não Sei).

2.4 Caracterização da Amostra e Resultados do Questionário

O questionário (Apêndice V) foi aplicado à população, a equipa de enfermagem do BO (23 enfermeiros) do Hospital X, sendo a amostra constituída por vinte e um (21) enfermeiros. Os questionários foram aplicados em novembro de 2013, tendo sido distribuídos 23 questionários e obtiveram-se 21 questionários preenchidos, que permitiram recolher os dados necessários (Apêndice VI).

A aplicação do questionário, permitiu identificar a necessidade de formação dos enfermeiros do BO do Hospital X, na área de esterilização, nomeadamente no que ao reprocessamento de DM reutilizáveis diz respeito, apresentando de seguida os resultados obtidos e a sua análise.

No que respeita à caracterização da amostra, verificamos no Gráfico 1, que no total da amostra de estudo, 62% dos profissionais inquiridos são do sexo feminino e 38% do sexo masculino.

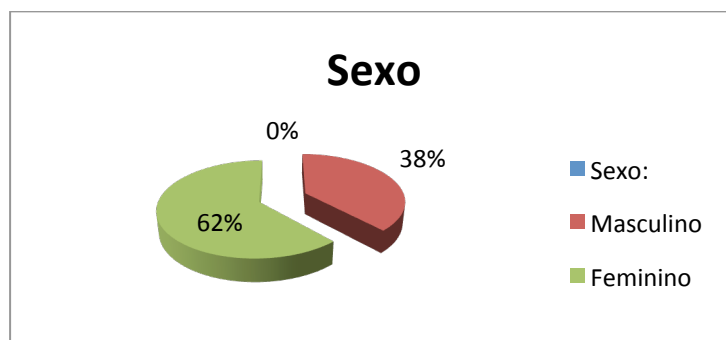


Gráfico 1 - Sexo

Relativamente à idade, verificamos que a idade da maioria dos profissionais se situa entre os 40 e 49 anos (43%); 33% dos profissionais apresenta-se com idades entre os 30 e 39 anos e por fim, 24% da amostra tem idades compreendidas entre os 25 e os 29 anos. (Gráfico 2)

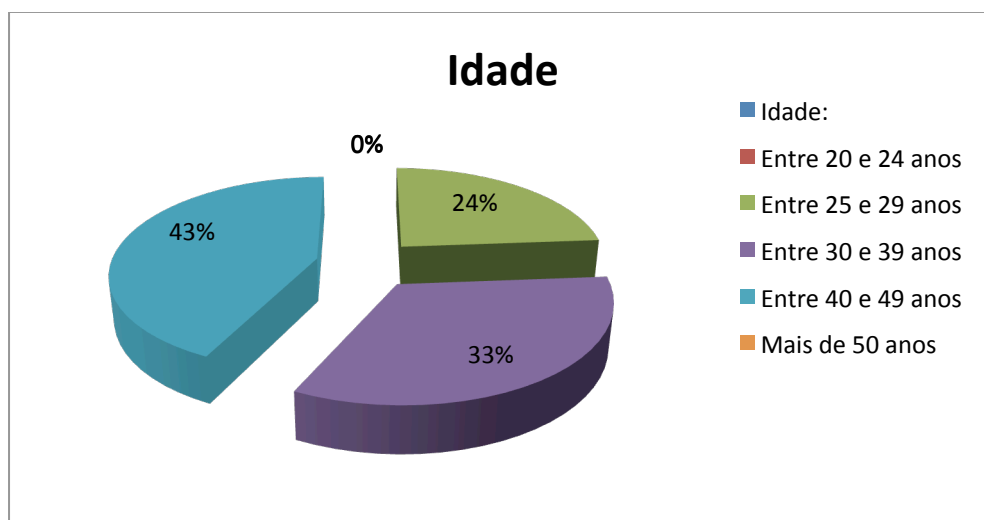


Gráfico 2 – Idade

O Gráfico 3 demonstra que a maioria da amostra apresenta um tempo de experiência profissional de Enfermagem acima dos 11 anos; 24% dos profissionais tem mais de 20 anos de experiência de profissão, 43% dos profissionais têm entre 11 a 20 anos de experiência profissional, 9% têm entre 6 a 10 anos de experiência, 19% têm entre 2 a 5 anos de experiência e 5% tem menos de 2 anos de experiência profissional em Enfermagem.

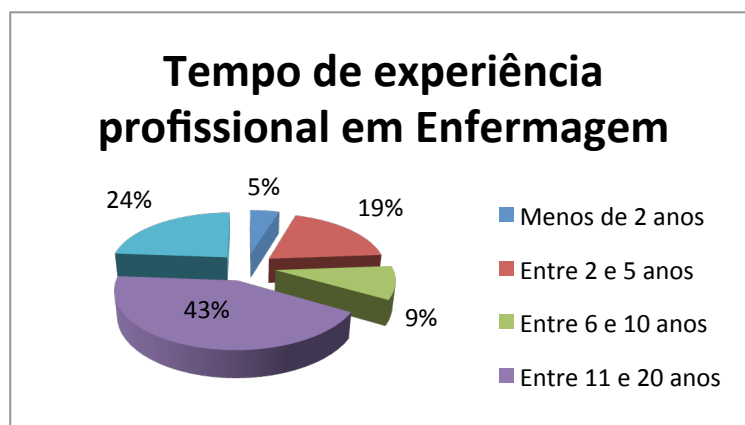


Gráfico 3 - Tempo de experiência profissional em Enfermagem

Relativamente ao tempo de experiência profissional dos profissionais em Bloco Operatório, incluindo outras instituições, apenas 14% apresenta mais de 20 anos de experiência, 9% apresenta menos de 2 anos de experiência e os restantes grupos apresentam-se muito homogêneos, tendo 29% dos profissionais entre 11 a 20 anos de experiência e 24% dos profissionais apresenta simultaneamente entre 2 e 5 anos e entre 6 a 10 anos de experiência profissional em Bloco Operatório. (Gráfico 4)

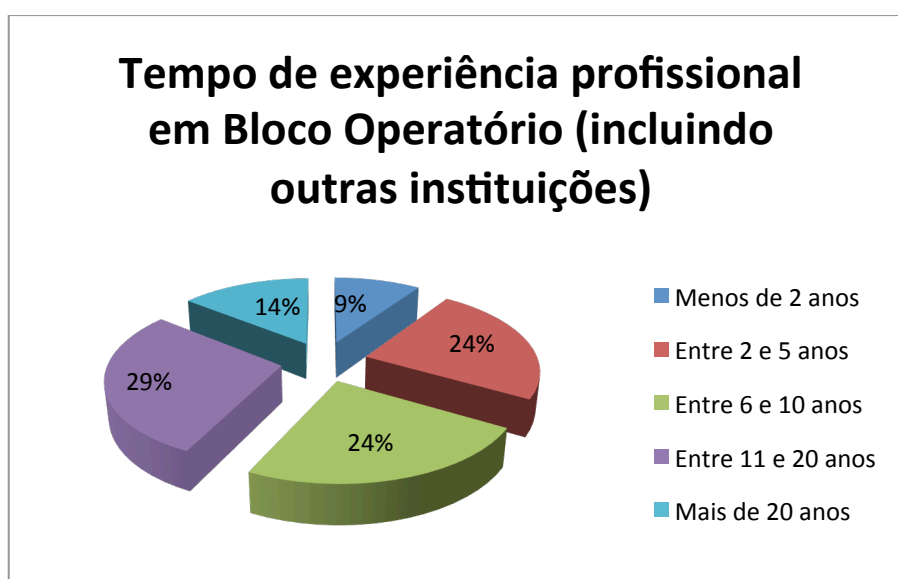


Gráfico 4 - Tempo de experiência profissional em Bloco Operatório (incluindo outras instituições)

Relativamente ao tipo de contrato na instituição, 52% dos enfermeiros trabalha noutra(s) unidades(s) de saúde, sendo que os restantes 48% tem a sua atividade profissional somente no BO do hospital X. (Gráfico 5)

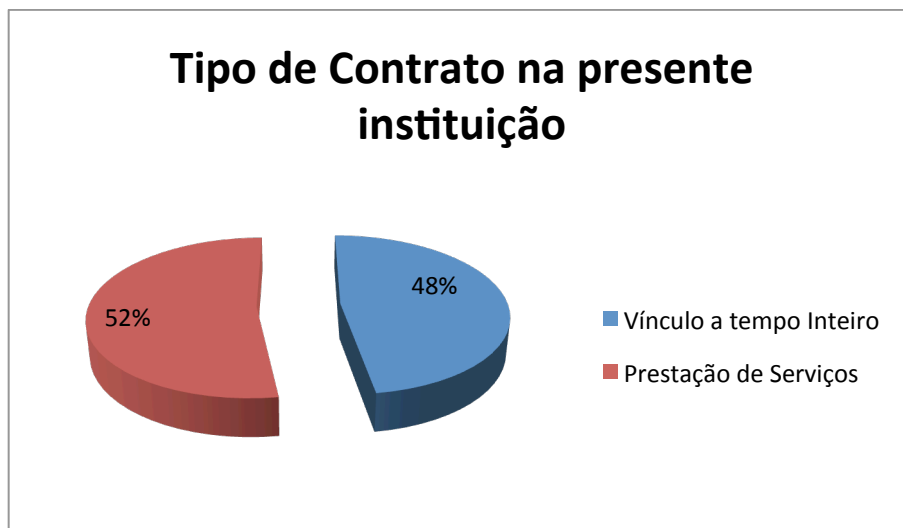


Gráfico 5 - Tipo de Contrato na presente instituição

A análise dos resultados recolhidos (Apêndice VI), Conseguimos analisar as questões onde surgiram mais dúvidas, relativas aos conhecimentos que os enfermeiros perioperatórios detêm acerca de reprocessamento de DM.

Em apenas dezassete do total de trinta e seis questões, conseguimos verificar níveis de concordância muito semelhantes entre os 21 inquiridos. Nas restantes dezanove questões (questões n.º 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 27, 28, 30 e 31) encontramos níveis dispares. Também verificámos que em sete questões, existiram inquiridos que indicaram não saber responder à questão e em algumas dessas sete questões, como por exemplo “11. A limpeza de um dispositivo médico serve para retirar toda a carga microbiana do dispositivo.”, “12. O rastreio de dispositivos médicos só é necessário ser efetuado quando estes são submetidos ao processo de inspeção e preparação para esterilização.” e a “24. É seguro utilizar um dispositivo médico que não apresente todos os registos de rastreabilidade, desde que o utilizador tenha a

certeza que o dispositivo se encontra estéril.”, relacionam-se conceitos de controlo de infeção e simultaneamente de esterilização, o que demonstra necessidades de formação em ambas as áreas.

Desta forma, com o Projeto delineado no início do estágio e após a análise dos dados recolhidos através do instrumento de recolha de dados, pudémos alcançar resultados que nos justificam a pertinência do Projeto e aplicação de um plano de formação à equipa de enfermagem do BO do Hospital X, como forma de permitir a formação e esclarecimento de dúvidas na área de reprocessamento de DM reutilizáveis.

Em seguida, apresentaremos os gráficos das questões que mais dúvidas levantaram aquando da aplicação do questionário, comparando com as respostas às mesmas questões, após a aplicação do plano de formação e por consequente a aplicação do questionário no final do mesmo.



Gráfico 6 – Resposta à questão n.º3 aquando da aplicação inicial do questionário



Gráfico 7 – Resposta à questão n.º3 após a aplicação do plano de formação

No Gráfico 6 verificamos que 5% da amostra concordava que os enfermeiros não tem a responsabilidade de garantir que os dispositivos médicos utilizados em cirurgia, foram descontaminados e esterilizados, bem como manuseados e acondicionados nas condições recomendadas internacionalmente. Após a aplicação da sessão de formação (Gráfico 7), toda a amostra passou a discordar da afirmação, com 92% a discordarem totalmente e 8% a discordarem parcialmente.

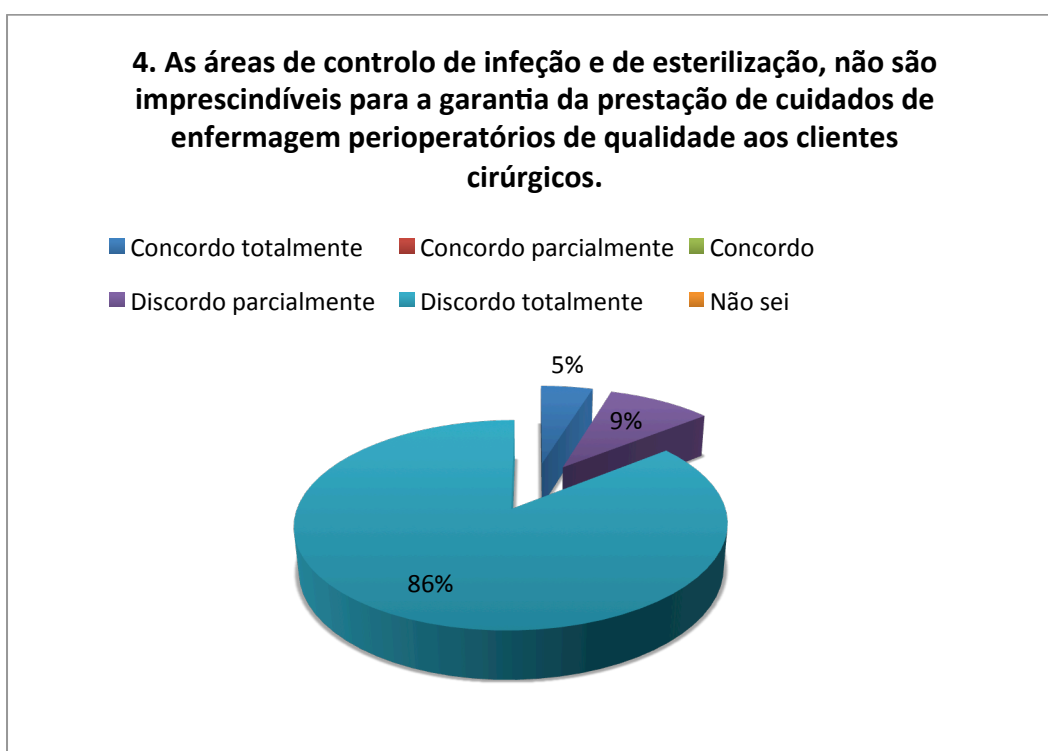


Gráfico 8 – Resposta à questão n.º4 aquando da aplicação inicial do questionário

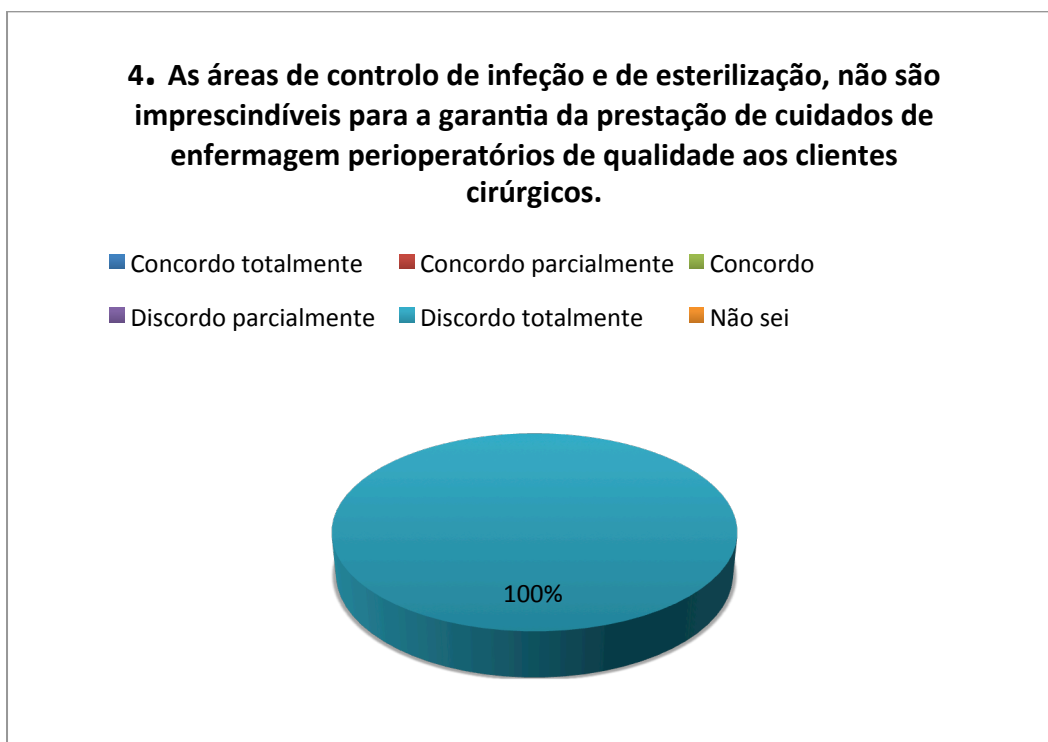


Gráfico 9 – Resposta à questão n.º 4 após a aplicação do plano de formação

Na questão n.º 4 “As áreas de controlo de infeção e de esterilização, não são imprescindíveis para a garantia da prestação de cuidados de enfermagem perioperatórios de qualidade aos clientes cirúrgicos”, o Gráfico 8 mostra que 5% da amostra concordava totalmente. No Gráfico 9, verificamos que após a sessão de formação, 100% da amostra discorda totalmente, sendo esta a resposta esperada.

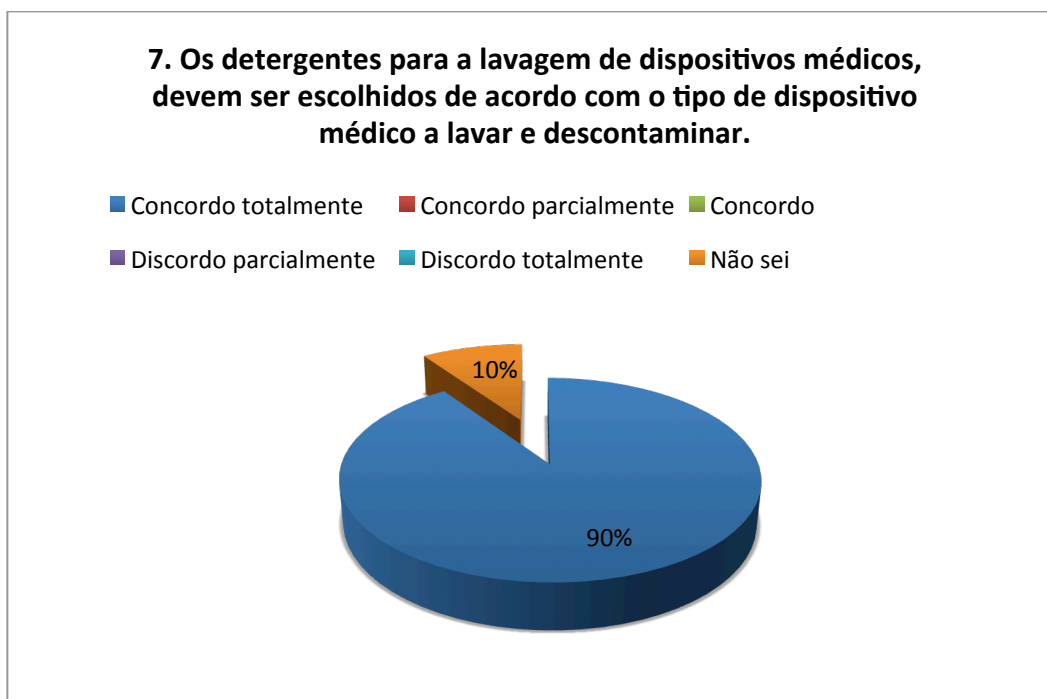


Gráfico 10 – Resposta à questão n.º7 quando da aplicação inicial do questionário

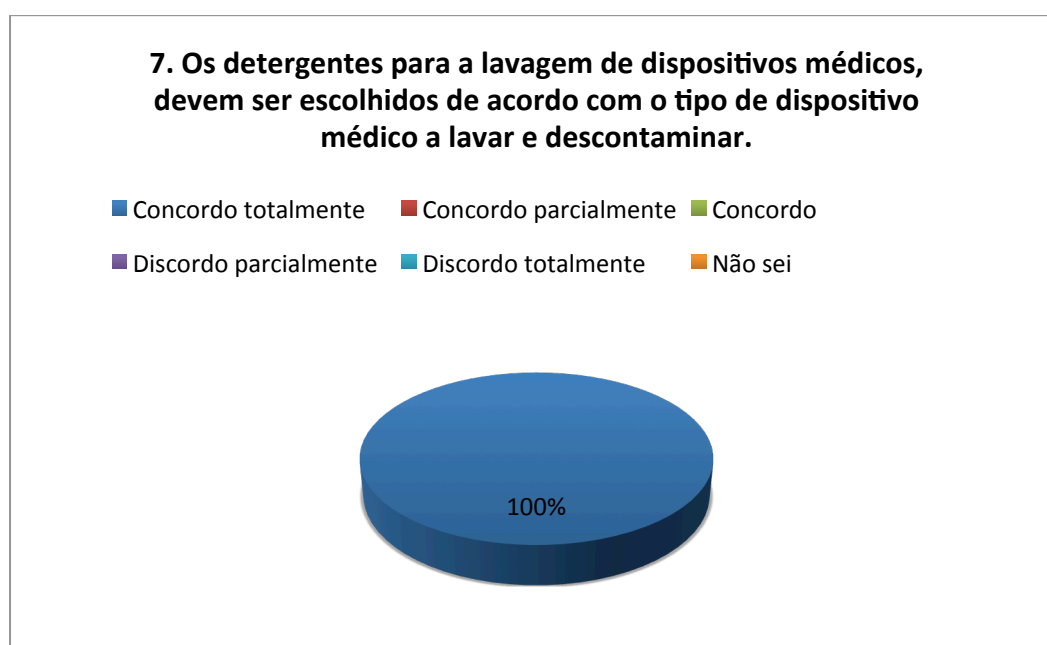


Gráfico 11 – Resposta à questão n.º7 após a aplicação do plano de formação

No Gráfico 10, verificamos que quando o inquérito foi aplicado, 10% dos profissionais desconhecia informação relativa aos detergentes de lavagem dos dispositivos médicos. O Gráfico 11 mostra que após a sessão de formação, 100%

dos profissionais já se encontravam informados acerca da escolha do tipo de detergentes, tendo em conta os dispositivos médicos a lavar.

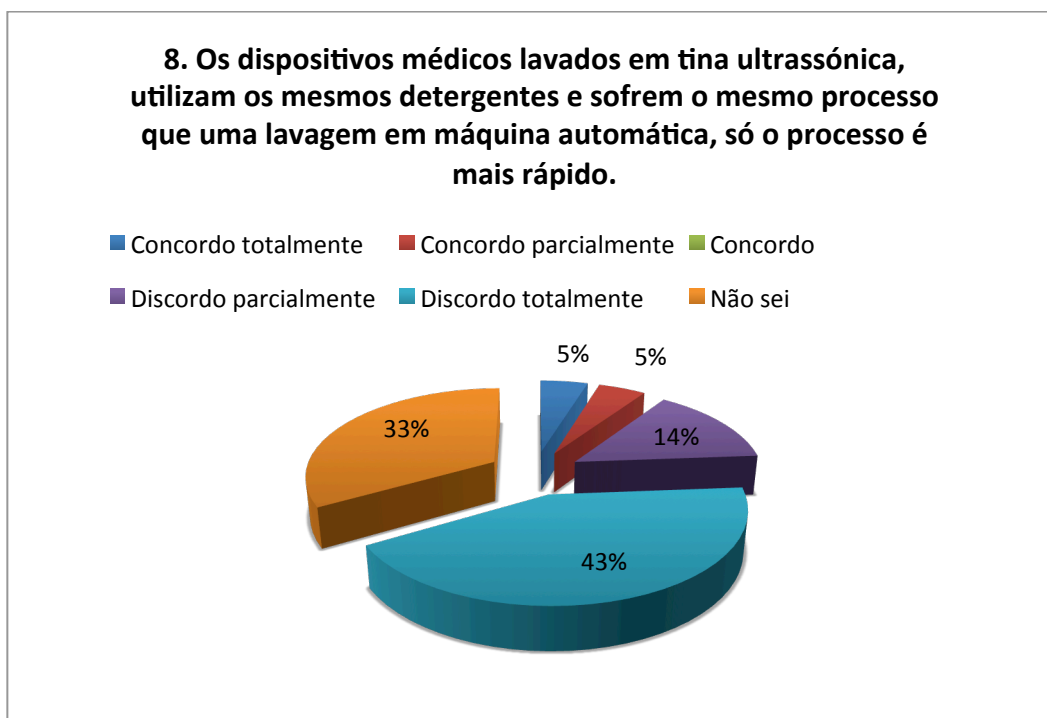


Gráfico 12 – Resposta à questão n.º8 quando da aplicação inicial do questionário

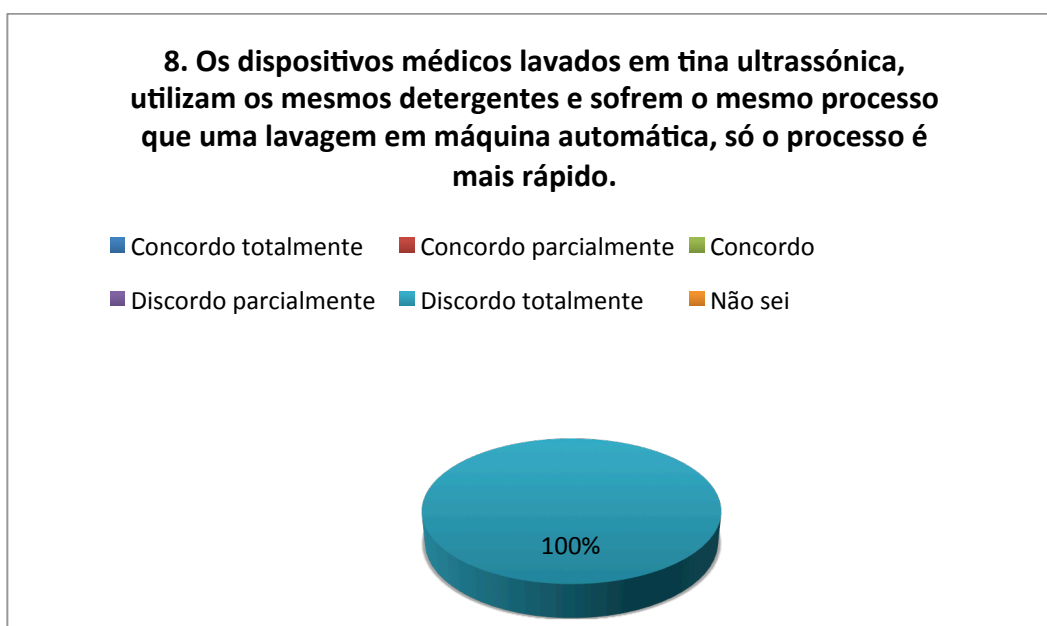


Gráfico 13 – Resposta à questão n.º8 após a aplicação do plano de formação

No Gráfico 12, verificámos que os resultados do inquérito relativamente ao processo de lavagem em tina ultrassónica, foram muito dispares, sendo significativo 33% dos profissionais terem respondido que não sabiam responder à questão. No final da sessão de formação, o Gráfico 13 mostra-nos que a totalidade da amostra, os 100% dos profissionais responderam discordar totalmente da questão.

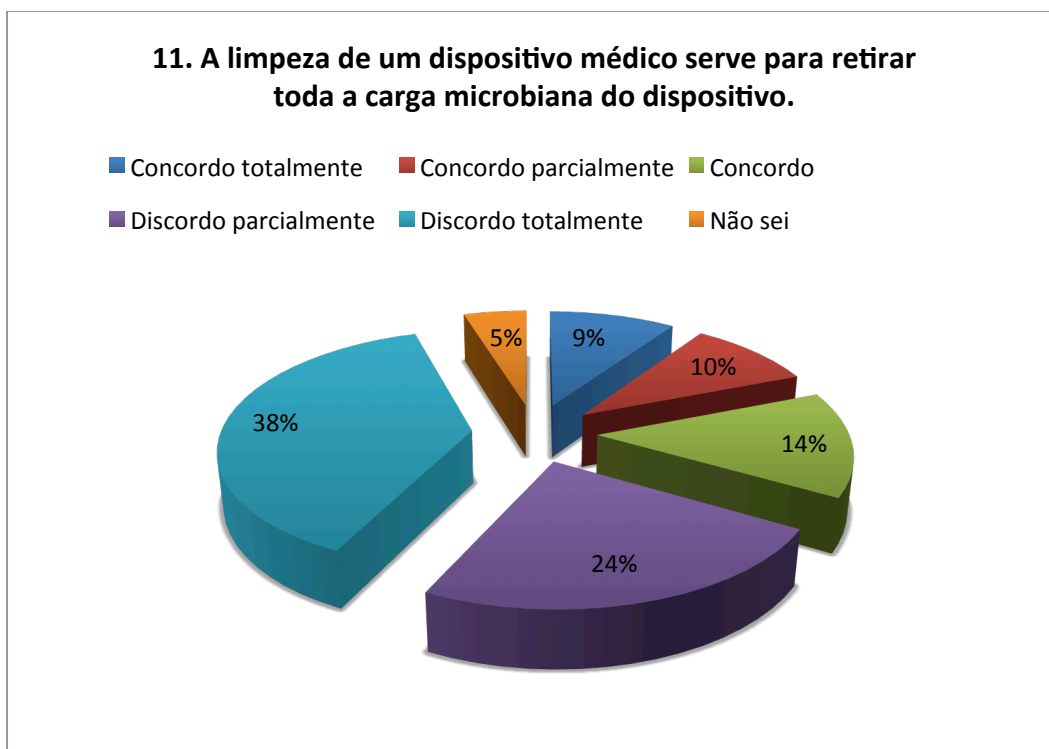


Gráfico 14 – Resposta à questão n.º11 aquando da aplicação inicial do questionário



Gráfico 15 – Resposta à questão n.º11 após a aplicação do plano de formação

A questão n.º 11 do questionários, trouxe-nos também grande diversidade de respostas por parte dos profissionais (Gráfico 14), havendo respostas desde o concordar totalmente (38%), até aos concordar totalmente (9%) e não sei (5%), mostrando muitas dúvidas quanto à questão. Após a sessão de formação, toda a amostra respondeu concordar totalmente com a questão (Gráfico 15).

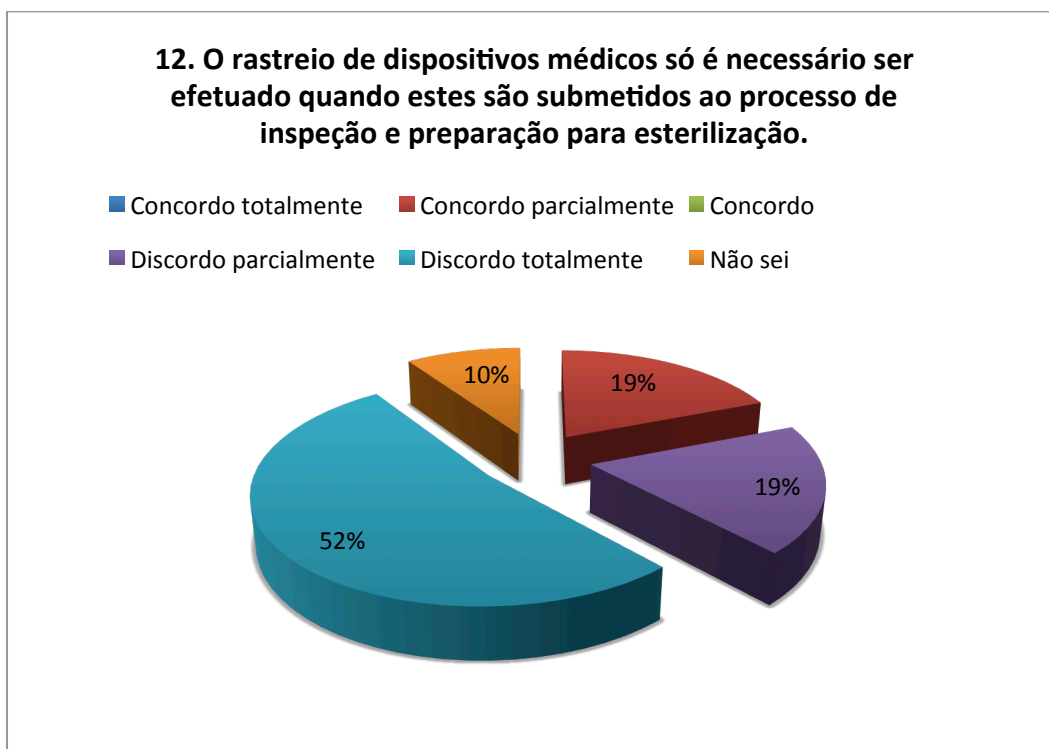


Gráfico 16 – Resposta à questão n.º12 aquando da aplicação inicial do questionário

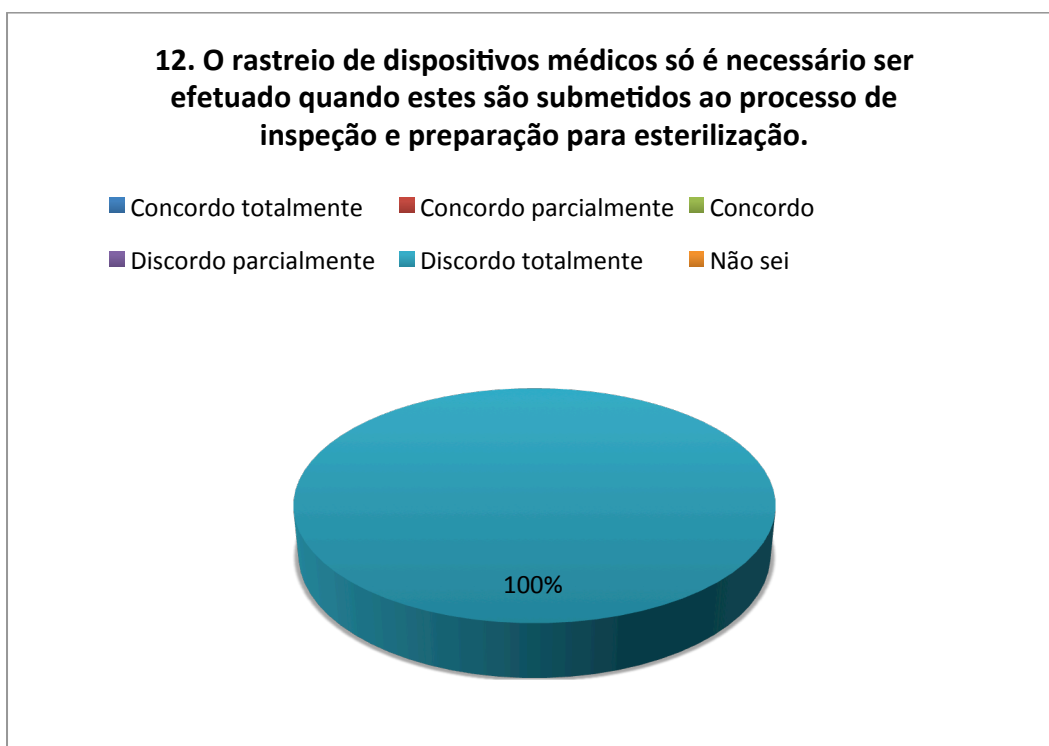


Gráfico 17 – Resposta à questão n.º12 após a aplicação do plano de formação

Na questão relacionada com o rastreio dos DM no SCE, no Gráfico 16, verificamos que 10% dos profissionais não sabia sobre o assunto e os restantes tinham opiniões divididas. Após a formação, a totalidade dos profissionais respondeu discordar totalmente. (Gráfico 17)

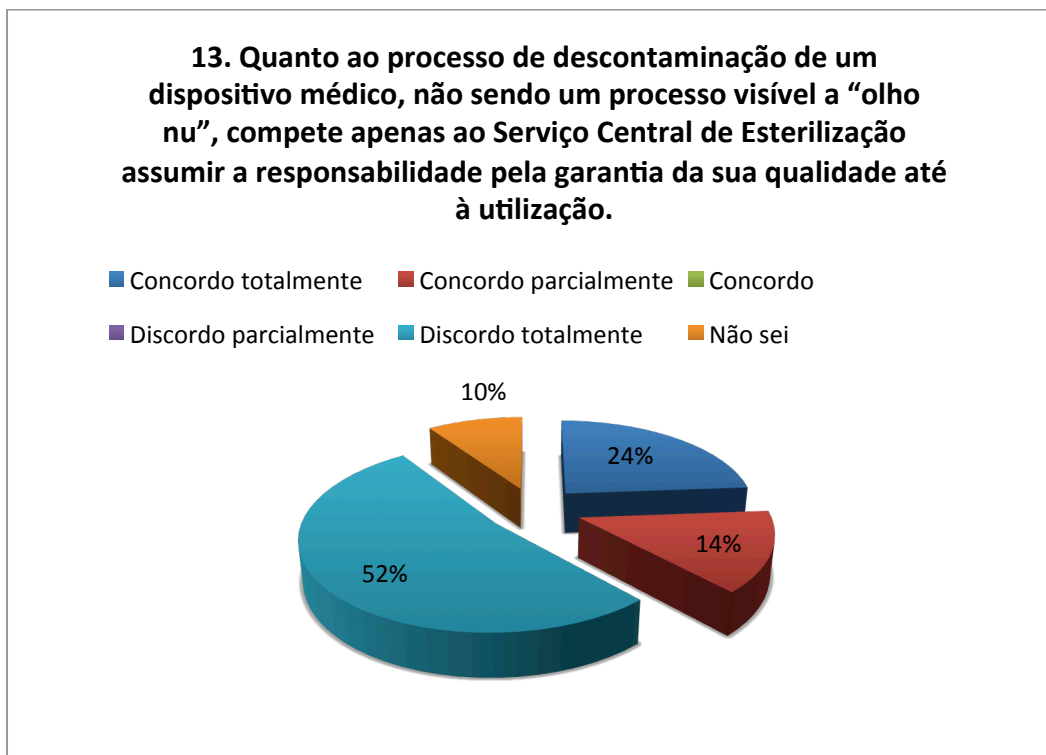


Gráfico 18 – Resposta à questão n.º13 aquando da aplicação inicial do questionário

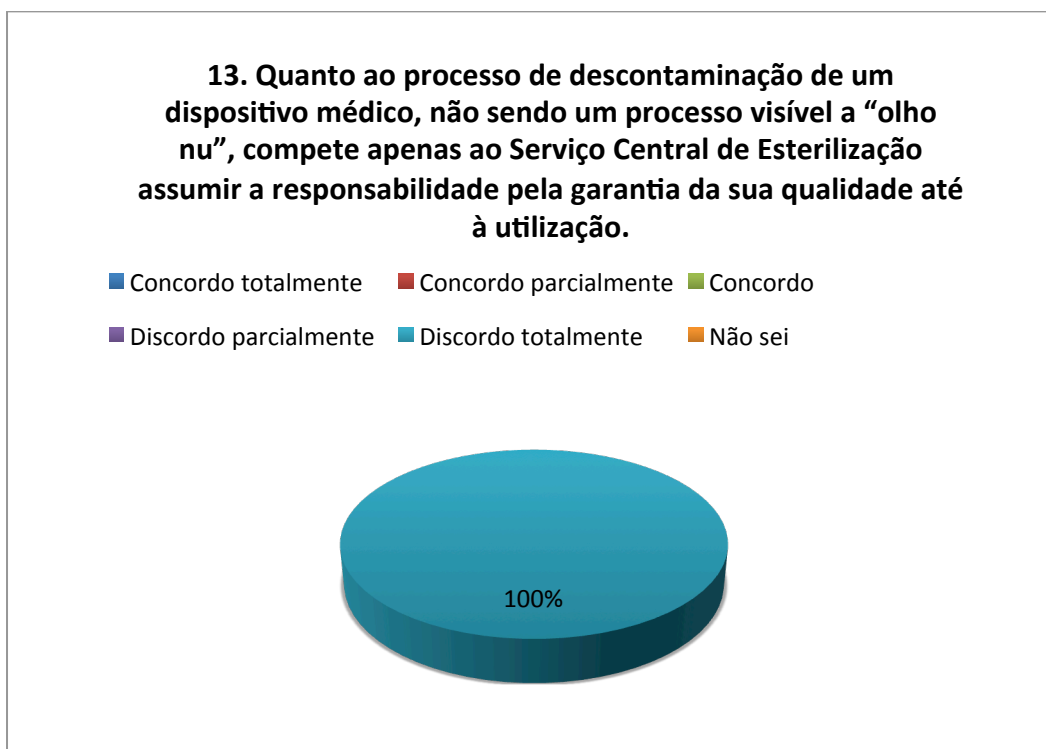


Gráfico 19 – Resposta à questão n.º13 após a aplicação do plano de formação

Quanto à responsabilidade e garantia da responsabilidade pelos DM descontaminados, as opiniões foram de novo diversas, com 10% da amostra a manifestar inclusive desconhecer que garante a responsabilidade pelos DM (Gráfico 18). No Gráfico 19, verificamos que após a formação, a totalidade da amostra respondeu que discorda totalmente.



Gráfico 20 – Resposta à questão n.º20 aquando da aplicação inicial do questionário

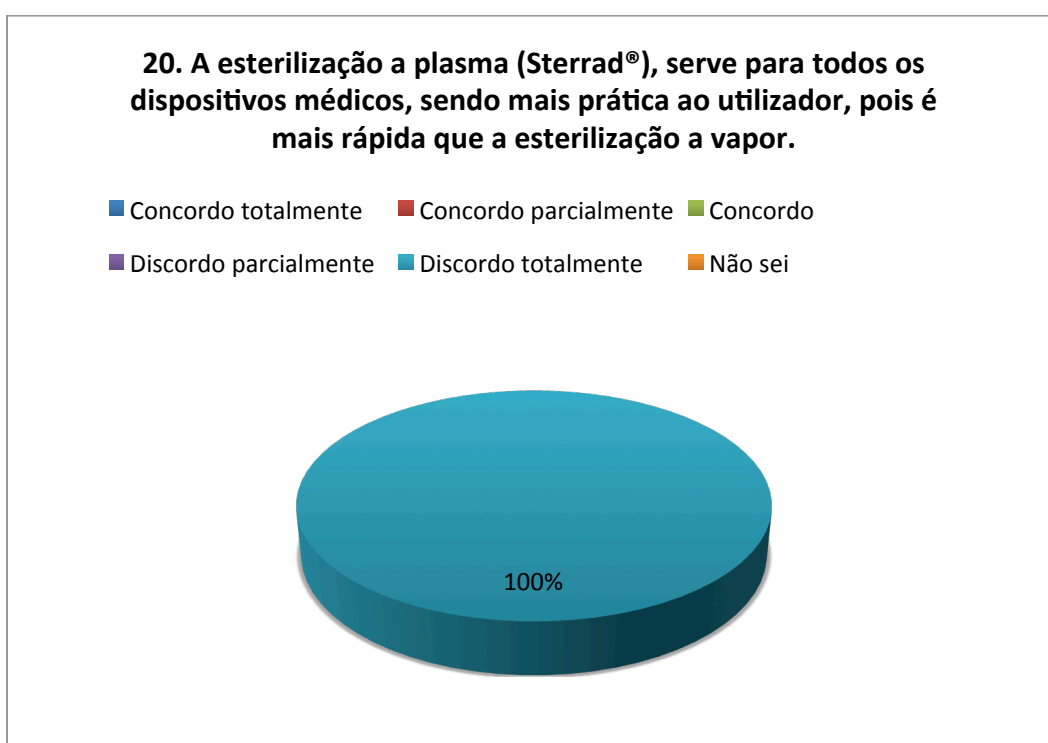


Gráfico 21 – Resposta à questão n.º20 após a aplicação do plano de formação

No que aos conhecimentos relativos a esterilização plasma (Sterrad ®) servir para todos os DM, na aplicação inicial do questionário, 9% da amostra não sabia, 48% discordava totalmente e 29% discordava parcialmente, havendo ainda 5% que concordavam parcialmente e 9% concordavam. (Gráfico 20) No questionário aplocado pós-sessão de formação (Gráfico 21), 100% da amostra discorda totalmente.

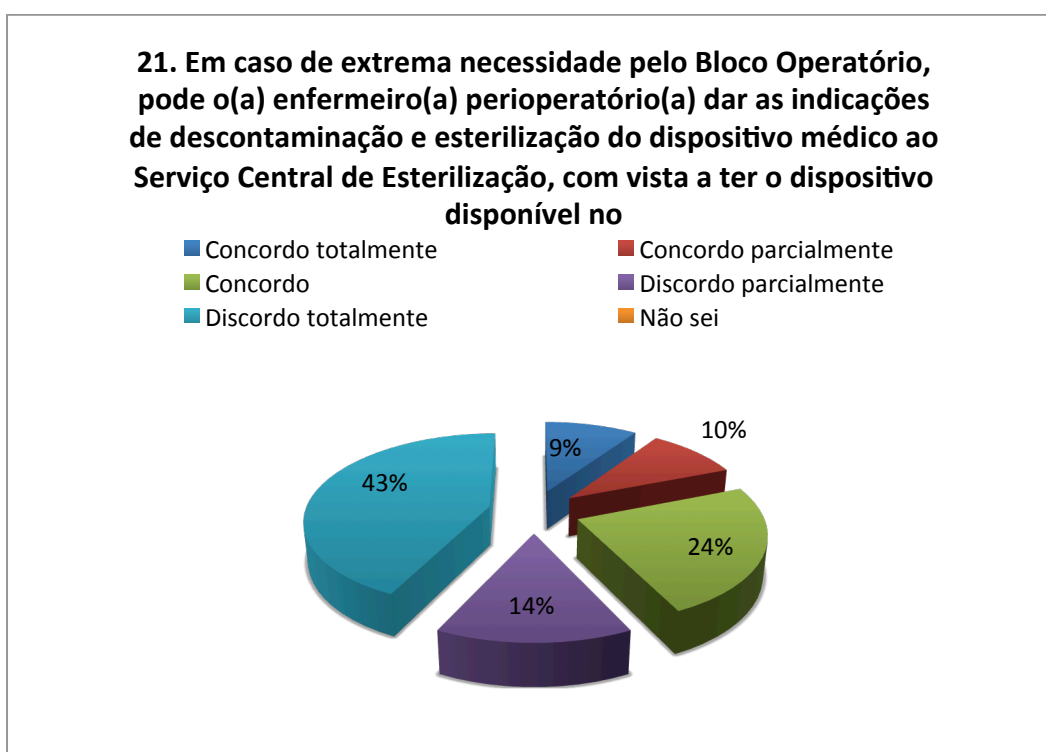


Gráfico 22 – Resposta à questão n.º21 aquando da aplicação inicial do questionário

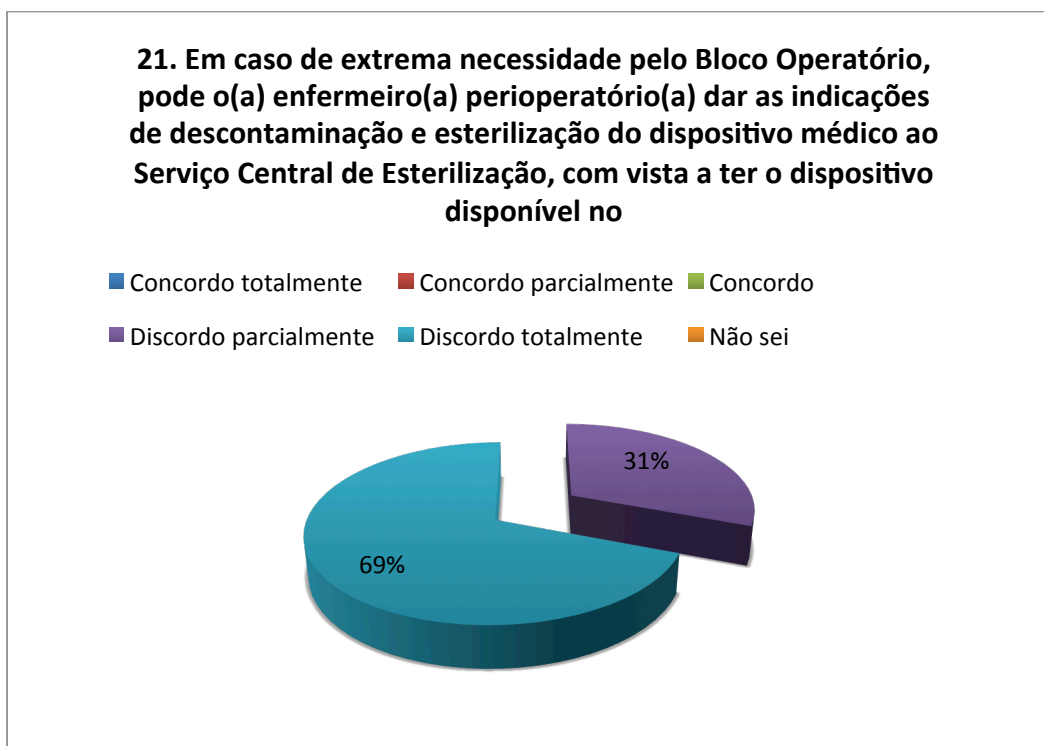


Gráfico 23 – Resposta à questão n.º 21 após a aplicação do plano de formação

No Gráfico 22, verificamos que na recolha de dados inicial, as opiniões se dividiam praticamente por todas as possibilidades apresentadas na escala de Likert do questionário, apenas não se registando nenhum não sei; 43% da amostra discordava totalmente de o enfermeiro poder dar ao SCE, as indicações de descontaminação e esterilização do DM. No gráfico 23, verificamos que no final da sessão de formação, 69% dos profissionais respondeu que discordava totalmente e 31% respondeu que discordava parcialmente.

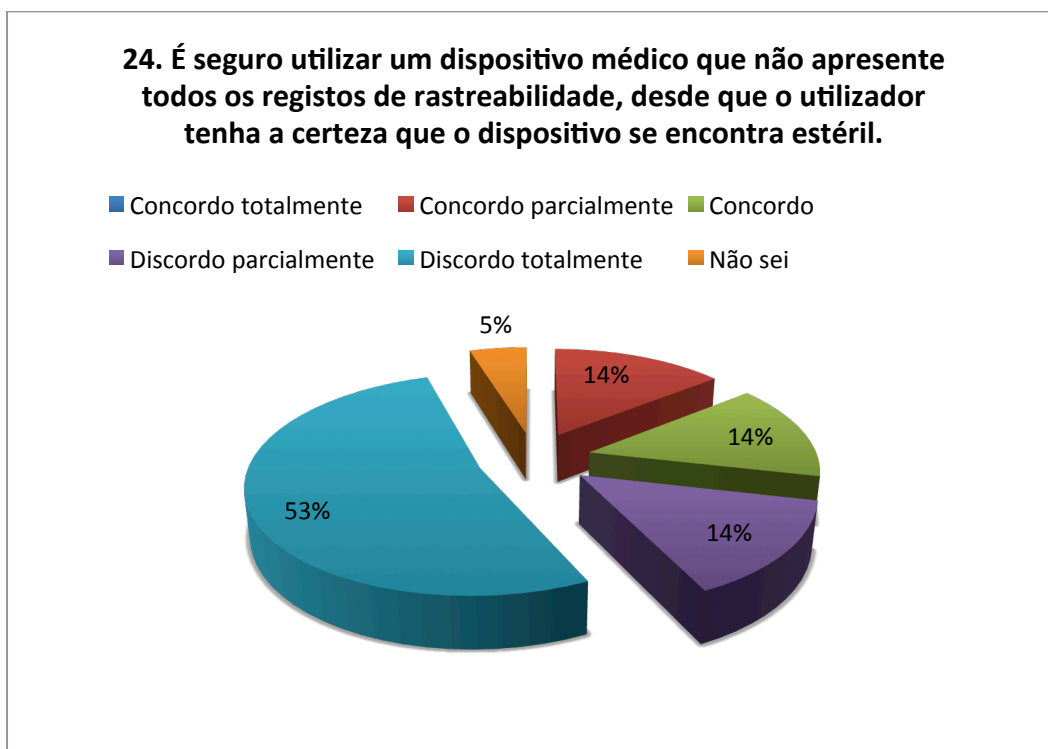


Gráfico 24 – Resposta à questão n.º24 aquando da aplicação inicial do questionário



Gráfico 25 – Resposta à questão n.º24 após a aplicação do plano de formação

Na aplicação inicial do questionário, 5% dos profissionais não sabia se era seguro utilizar um DM que não apresentasse todos os registos de rastreabilidade, 53% discordavam totalmente da segurança dessa situação e 14% concordavam (Gráfico 24). No fim da sessão de formação, Como mostra o Gráfico 25, 100% passou a discordar totalmente da segurança de um DM sem todos os registos de rastreabilidade.

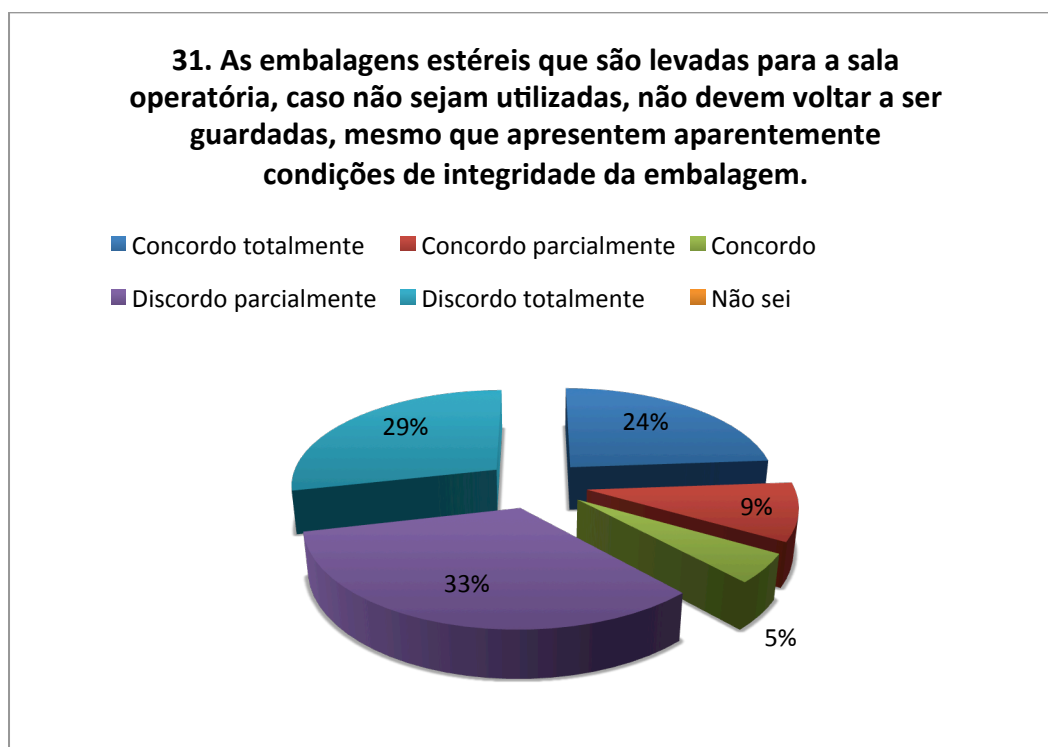


Gráfico 26 – Resposta à questão n.º31 quando da aplicação inicial do questionário

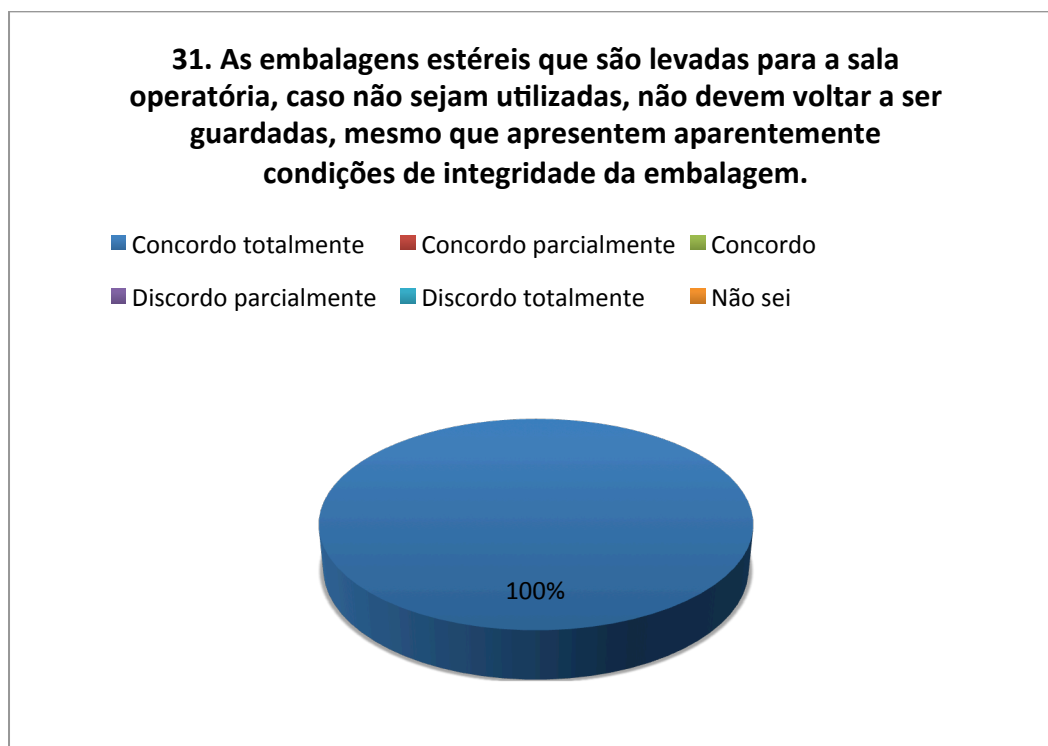


Gráfico 27 – Resposta à questão n.º31 após a aplicação do plano de formação

O Gráfico 26 mostra que no início do nosso estudo, os dados recolhidos mostraram que, relativamente a embalagens estéreis que são levadas para a sala operatória, mesmo que não sejam utilizadas mas que mesmo assim apresentem condições de integridade da embalagem, 29% da amostra discordou totalmente, 33% discordou parcialmente, 5% concordou, 9% concordou parcialmente e 24% concordou totalmente. O Gráfico 27, acaba por mostrar-nos que no fim da sessão de formação, onde este foi um dos aspetos abordados, 100% da amostra concordaram totalmente com a afirmação.

2.5 Reflexão Crítica das Atividades Desenvolvidas

As atividades desenvolvidas neste Projeto procuraram seguir um trilho que justificassem o seu objetivo, tendo em conta os pressupostos dos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, bem como da melhoria da qualidade contínua, associados aos cuidados de enfermagem.

Fundamentando-nos no disposto do Artigo 8º do REPE, “*No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos.*” (OE, 2011), o Projeto elaborado no decorrer do estágio e apresentado neste relatório, procurou durante todo o seu percurso, respeitar os direitos dos cidadãos de acordo com os aspetos éticos, nomeadamente pretendendo contribuir para a melhoria dos cuidados prestado às pessoas, garantindo-lhes os princípios da beneficência e não maleficência a quem têm direito.

Por outro lado e objetivando a procura da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, procurou-se com este Projeto responder a uma real necessidade do serviço onde foi realizado o estágio, real necessidade essa que se enquadrasse com a missão, os objetivos e as expetativas que o serviço tem relativamente à prática da enfermagem e que no seu todo tenham a orientação para prática de cuidados de qualidade, gratificantes para o serviço, instituição e para as pessoas que deles dependem para o restabelecimento da sua saúde.

No início do estágio, elaborámos um cronograma de estágio (Apêndice VII) e um cronograma do Projeto (Apêndice VIII), que nos ajudou a estabelecer linhas orientadoras temporais, que nos ajudassem a cumprir os objetivos, dentro dos períodos de tempo estabelecidos. Após a realização do diagnóstico de situação e perceção da problemática que se pretendia estudar, o Projeto foi planeado (Apêndice IX), estabelecendo o seu trilha tendo em conta os dados e informações recolhidas pela colheita de dados realizada à equipa de enfermagem do BO do Hospital X. Analisando os dados, verificou-se a pertinência da aplicação de formação específica relativamente ao reprocessamento e esterilização de DM reutilizáveis.

Para tal, foi elaborado um plano de formação (Apêndice X) enquadrado nas necessidades identificadas e na temática em questão. O plano de formação e

por consequente a sessão de formação, foram na nossa perspetiva, os impulsionadores para a concretização do Projeto. A sessão de formação foi rigorosamente planeada e preparada considerando a análise cuidada dos dados recolhidos, do questionário aplicado, e onde observámos as questões que mais dúvidas levantaram. Estabelecemos como objetivos para a sessão de formação:

- Descrever corretamente as diferentes zonas de um Serviço Central de Esterilização (SCE)
- Reconhecer a importância da lavagem dos Dispositivos Médicos (DM)
- Descrever os procedimentos de descontaminação dos DM
- Reconhecer a importância da inspeção dos DM e os diferentes materiais de empacotamento
- Descrever os tipos de esterilização e suas aplicações
- Enunciar os cuidados a ter na manipulação e armazenamento de material estéril
- Identificar os equipamentos utilizados num SCE
- Compreender a importância da rastreabilidade dos DM

Para atingir os objetivos propostos, elaborámos um plano de sessão com os seguintes conteúdos programáticos:

- Definição de Serviço Central de Esterilização
- Estrutura Física do SCE
- Procedimentos do SCE
 - Receção e Triagem
 - Lavagem
 - Descontaminação
 - Detergentes e Validação de Lavagem
 - Secagem

- Inspeção
- Empacotamento
 - Tipos de Embalagem
 - Técnicas de Empacotamento
- Esterilização
 - Tipos de Esterilização
 - Esterilização a Vapor
 - Esterilização a Plasma (Baixa temperatura)
 - Validação dos Processos de Esterilização
- Rastreabilidade
- Manutenção da Esterilidade e condições de Armazenamento de material Estéril

A concretização da sessão de formação permitiram-nos atingir na totalidade os objetivos específicos que nos propusemos no Projeto, contribuindo para a formação dos enfermeiros relativamente aos métodos de reprocessamento e esterilização de DM reutilizáveis. No final da sessão de formação, procedeu-se à avaliação da mesma, utilizando o mesmo questionário que havia sido utilizado na colheita de dados e avaliação das necessidades de formação, sendo que os resultados às questões mudaram bastante, indo mais ao encontro do que se espera em termos dos conhecimentos que os enfermeiros perioperatórios devam deter relativamente à temática em estudo.

O Projeto elaborado pretendeu criar rumos norteadores para a prática dos profissionais de enfermagem, no sentido da prática de cuidados de enfermagem seguros, em condições seguras, tanto para os profissionais como para as pessoas submetidas a cirurgia. O Projeto procurou ser aplicado de uma forma dinâmica, pelo que consideramos ter promovido, além da sessão de formação teórica, acompanhamento constante no Bloco Operatório e Sala Operatória, dando apoio aos profissionais de enfermagem, esclarecendo dúvidas,

aprofundando conceitos e ajudando os profissionais a efetuarem raciocínios lógicos, permitindo assim, que estes assimilassem e compreendessem melhor as temáticas e conceitos abordados, permitindo-lhes aplicá-los de forma mais convicta e segura, em prol do bem melhor para a pessoa submetida a cirurgia.

O desenvolvimento e aplicação deste Projeto procurou contribuir para a formação dos enfermeiros e garantir a qualidade na prestação dos cuidados de enfermagem, além de ser um importante instrumento para a fomentação das boas práticas associadas aos cuidados de enfermagem.

3. CONTRIBUTO DA APRENDIZAGEM, NO DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE E DE ENFERMEIRO PERIOPERATÓRIO

Conforme o estipulado no Decreto-lei 74/2006 de 24 de Março, artigo 18º, n.º4, este *“preconiza que o ensino politécnico, o ciclo de estudos conducente ao grau de mestre deve assegurar a aquisição pelo estudante de uma especialização de natureza profissional”*. Aplicado o descrito à Enfermagem e à Enfermagem Perioperatória, o enfermeiro que procura um grau de Mestre, deve possuir um conhecimento aprofundado e competências dentro do domínio de especialização da área perioperatória. Deverá o enfermeiro que procura o grau de Mestre em enfermagem perioperatória, adquirir conhecimentos específicos na área da perioperatória, aplicar esse conhecimento na área perioperatória, resolvendo os problemas que se lhe deparem, assegurando o cumprimento das implicações científicas, éticas, deontológicas e jurídicas das suas ações, promovendo o desenvolvimento das suas competências ao longo da sua vida profissional.

A frequência do Curso de MEPO, visa assim atingir as seguintes competências conferentes do grau de Mestre:

- 1. Demonstra competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem;**

A conceção, gestão e supervisão dos cuidados de enfermagem são imprescindíveis ao processo de enfermagem e à prática da enfermagem. Tais competências implicam a abordagem da pessoa numa perspetiva holística, englobado a sua família e comunidade, permitindo a correta conceção dos diagnósticos de enfermagem; os mesmos devem ser geridos de modo a assegurar que se obtêm os resultados esperados; sendo que nem sempre os

resultados esperados são alcançados, a supervisão constante permite ao enfermeiro rever os seus diagnósticos de enfermagem, de modo a que estes sejam direcionados para a melhoria e evolução do estado da pessoa a quem são aplicados.

Durante o curso de MEPO foi-nos possível adquirir conhecimentos que nos permitiram melhorar a capacidade de conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem. Especificamente esses conhecimentos e tendo em conta a aplicação do Projeto, não contribuíram de forma direta nos cuidados à pessoa, mas contribuíram de forma indireta, permitindo atuar sobre a equipa de enfermagem, que por sua vez presta cuidados à pessoa submetida a cirurgia.

Esta competência foi alcançada através do planeamento e implementação do Projeto. A ideia deste surgiu em contexto profissional e no local onde se desenvolveu o estágio, através da identificação de uma necessidade da equipa de enfermagem. A necessidade identificada relacionava-se com conhecimentos insuficientes na área de esterilização e reprocessamento de dispositivos médicos reutilizáveis, sendo que esta situação interferia diretamente, na prestação de cuidados de enfermagem do enfermeiro perioperatório à pessoa submetida a cirurgia. Para se alcançar o objetivo e melhorar a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa submetida a cirurgia no Bloco Operatório do Hospital X, foi elaborado um diagnóstico de situação, seguido da elaboração do planeamento do Projeto visando colmatar a necessidade identificada. O Projeto foi colocado em prática após uma análise de dados recolhidos da equipa de enfermagem e foi implementado um plano de formação adequado à temática, com incidência nas situações que mais dúvidas levantaram. Após a sessão de formação, conseguiram-se esclarecer dúvidas, que de forma notória começou a produzir a alteração de alguns métodos de trabalho da equipa de enfermagem, métodos esses que produzem um ganho de saúde para a pessoa submetida a cirurgia. Conseguiu-se atingir os objetivos específicos do Projeto que foram “Garantir um correto controlo de infeção

associado à manipulação e utilização dos DM utilizados no BO do hospital X” e “Contribuir para a formação dos enfermeiros relativamente aos métodos de reprocessamento e esterilização de DM reutilizáveis”, considerando assim que os ensinamentos que foram obtidos no curso de MEPO foram uma mais valia na implementação e sucesso do Projeto.

2. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas;

De acordo com Sousa (2014), o enfermeiro deve insistir “(...) *na procura constante de uma melhoria do seu desempenho, e reconhecendo a importância da formação ao longo da vida e da atualização face à evolução do conhecimento científico (...)*”. Os percursos académico e profissional são demonstrativos do modo que temos procurado dar às nossas necessidades de formação, bem como o investimento feito no sentido do desenvolvimento das suas competências e conhecimento. Tal como refere o autor no início do parágrafo, temos insistido de forma veemente, na procura contínua do conhecimento e melhoria do desempenho ao longo do nosso percurso profissional, tendo ainda como fator motivacional, a ambição para a contribuição e prestação de cuidados de enfermagem de elevado desempenho e qualidade.

3. Integra equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proativa;

O cuidado à pessoa submetida a cirurgia necessita de envolvimento e intervenções multidisciplinares, visando a otimização de todos os recursos disponíveis, para que se consiga dar a melhor resposta face a cada situação específica que se apresente. Sendo o enfermeiro o profissional de saúde que mais tempo e disponibilidade tem para o cliente e sua família, este é o melhor conhecedor das suas necessidades, agindo em defesa das mesmas e servindo

como elo de ligação entre o cliente, a sua família e os restantes membros da equipa multidisciplinar. Como elemento pertencente à equipa de enfermagem do BO do Hospital X, temos funcionado como elo de ligação com a restante equipa multidisciplinar, atuando em conjunto com esta, procurando dar a resposta necessária às necessidades e exigências identificadas nos seus clientes e trabalhando no sentido de ser também um elemento de referência para os outros profissionais e para a Direção de Enfermagem, no que diz respeito aos processos de prestação de cuidados de enfermagem aos clientes que recorrem a este BO.

4. Age no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos;

Tal como foi referido na nossa avaliação final de estágio, pelo seu enfermeiro orientador, este descreve que “ *O formando aplica os seus conhecimentos em bloco operatório nas diferentes áreas do saber, de forma muito distinta, destacando-se pelo dinamismo e abrangência, assertividade e multidisciplinaridade. Tem sempre em atenção o cliente no seu todo, os aspetos éticos e legais, a qualidade, a gestão de risco e o controlo de infeção. A prática da prestação de cuidados no bloco operatório permitiu-lhe criar as bases para o desenvolvimento de estratégias organizativas que se adequam à gestão do bloco operatório, onde o seu excelente trabalho na gestão do serviço, é reflexo do trabalho como enfermeiro perioperatório.*” rocuramos na sua prática diária aplicar o descrito anteriormente, procurando sempre durante a nossa prestação de cuidados, a máxima consideração e benefício para o cliente, apoiando-nos em planos de cuidados pensados para serem executados em prol do bem melhor do cliente, respeitando os seus princípios éticos e deontológicos.

5. Inicia, contribui para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;

A base deste relatório incidiu numa enorme pesquisa, procurando evidência científica, algo que foi apreendido ao longo do curso de MEPO. A maior parte da pesquisa incidiu nas áreas de controlo de infeção e esterilização, de modo a fundamentar o Projeto que se levou a cabo.

O curso de MEPO foi também um veículo dinamizador da investigação e pesquisa, o que nos permitiu evoluir nesta matéria à medida que se foram elaborando vários trabalhos de pesquisa e investigação, nomeadamente aqueles inseridos nas unidades curriculares, Enfermagem Perioperatória I e II, Filosofia, Gestão do Risco e Investigação I e II.

Na UC Investigação II foi proposta a elaboração de um artigo científico, tendo sido elaborada uma revisão da bibliografia existente, relacionada com a temática do Projeto, tendo sido elaborado o artigo que se encontra no Apêndice XI deste relatório o qual tem o título: *“Papel do Enfermeiro Perioperatório na Prevenção da Infeção Associada aos Cuidados Perioperatórios”*. A prevenção e o controlo de infeção são hoje áreas de sobeja importância em cuidados de saúde, especialmente em cuidados perioperatórios onde a maioria dos procedimentos são de carácter invasivo, pelo que acreditamos que o papel do enfermeiro como elo dinamizador da prevenção da infeção assume papel de destaque.

Para a concretização deste artigo, foi já foi mencionado, foi realizada uma pesquisa bibliográfica, recorrendo a bases de dados de carácter científico, utilizando assim informação que permitiu fundamentar a construção do artigo, procurando assim contribuir para o alicerce científico da prática baseada na evidência. Utilizámo-lo também como veículo promotor, da apresentação do trabalho que foi o nosso Projeto.

6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular.

Procurámos atingir esta competência de mestre, através da realização do Projeto já anteriormente citado. Começámos por efetuar uma análise diagnóstica das necessidades sentidas pela equipa de enfermagem no local onde exercemos a nossa atividade profissional e onde estagiamos. Desse diagnóstico emergiu uma necessidade premente, que relaciona a prática dos cuidados de enfermagem perioperatórios, com os conhecimentos acerca de reprocessamento de DM reutilizáveis, área a qual envolve conceitos e políticas diretamente relacionadas com controlo de infeção e com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Recorrendo à metodologia de Projeto elaborámos o Projeto, estipulando objetivos e intervenções que permitissem atingir o resultado esperado. Para atingir esses resultados, recorreremos a uma formação vocacionada para a área de esterilização e que abordou diversos aspetos da temática, incidindo também em questões que se verificaram levantar bastantes dúvidas, questões essas identificadas aquando da aplicação de um instrumento de colheita de dados. Por outro lado, na nossa instituição, somos pelas nossas características, um dos membros do núcleo de formação de enfermagem, planeando e participando nas ações de formação desenvolvidas pelo BO, e na instituição.

Consideramos também que a realização do curso de MEPO que se concluí com a concretização do estágio/Projeto, cujos resultados se apresentam na forma do presente relatório, permitiu o desenvolvimento das competências que definem a enfermagem perioperatória, segundo a AESOP (2004). Apresentam-se de seguida cada uma dessas competências na Figura 1, descrevendo uma

atividade que ao longo de todo este percurso, permitiu o desenvolvimento de cada uma das competências apresentadas.

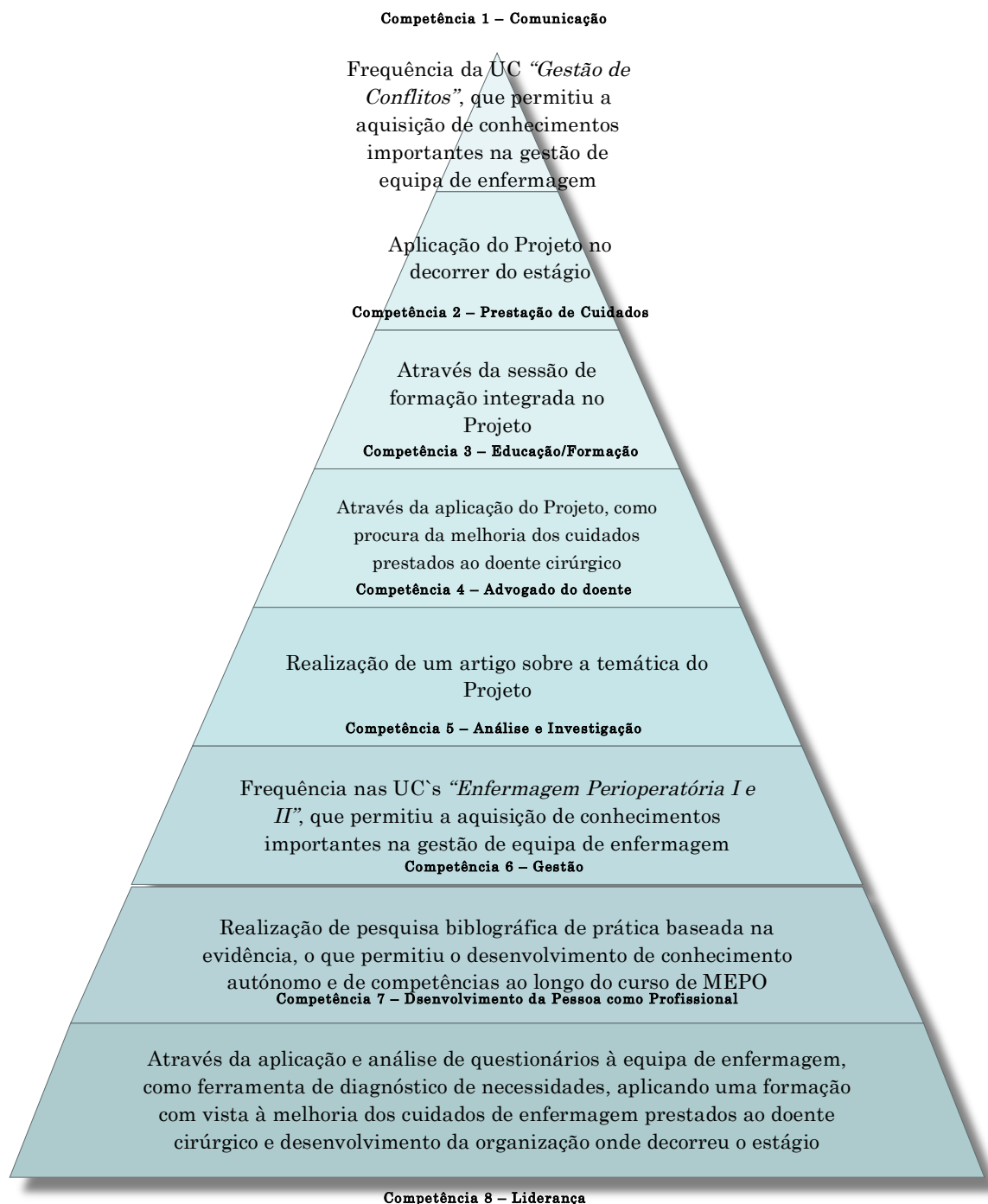


Figura 1 – Atividades realizadas para desenvolvimento das competências de enfermeiro perioperatório, segundo a AESOP (2004)

O presente capítulo deste relatório vem demonstrar o contributo que o curso de MEPO desempenhou no desenvolvimento do conhecimento em enfermagem perioperatória, permitindo-nos desenvolver competências nas áreas de Mestre e de enfermeiro perioperatório, tendo possibilitado um contato mais aprofundado com o saber, sobre a pessoa submetida a cirurgia, bem como a prestação de cuidados a essas pessoas e suas famílias. Permitiu a colocação em prática de um Projeto direcionado à prática de enfermagem e consequente garantia da qualidade dos cuidados prestados, sendo também um importante contributo para a valorização da profissão de enfermagem, tendo procurado criar conteúdo científico e contribuir para uma prática de enfermagem baseada na evidência.

4. CONCLUSÃO

O percurso efetuado ao longo deste Mestrado de Enfermagem Perioperatória foi sem dúvida alguma, um trajeto que nos permitiu o desenvolvimento de competências e aperfeiçoamento de outras já existentes, tendo em conta os aspetos relacionados com a investigação, planeamento e intervenção no âmbito da enfermagem perioperatória, que contribuiu para o desenvolvimento na nossa prática enquanto enfermeiros perioperatórios.

Os conceitos práticos e teóricos que envolvem o contexto perioperatório, nomeadamente as áreas de controlo de infeção e de reprocessamento de DM reutilizáveis, mantêm-se em constante evolução e atualização, devido à contínua produção de conhecimento científico nestas áreas. O enfermeiro perioperatório tem de se manter atualizado acerca dos domínios da área de enfermagem, pois esses conhecimentos vão pautar áreas concretas do seu ser pessoal e profissional, nomeadamente as áreas do *saber-saber*, *saber-fazer* e *saber-ser* e que vão ditar a sua prática de cuidados diários.

O enfermeiro deve ter sempre em mente o processo refletivo acerca da sua prática como parte do seu processo evolutivo e de mudança. Desta forma, este relatório manifestou-se como uma boa ferramenta contributiva para este processo refletivo. Este processo assenta ainda na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, sendo cada enfermeiro responsável pela sua parte de contributo nesta matéria, elevando a fasquia e valorizando a profissão de enfermagem.

A prática dos cuidados de enfermagem deve cada vez mais sustentar-se através da procura de conhecimento e evidência científica, sendo que o conhecimento que daí advenha, deverá ser um importante veículo orientador

das práticas dos profissionais de enfermagem. O conhecimento gerado pode não ser uma garantia da sua aplicação, no entanto, importante será que os enfermeiros possuam conhecimento para poder aplicá-lo nas suas práticas diárias, pois certo é que este não será de todo aplicado se não existir.

Como **aspetos facilitadores** com que nos deparámos neste estágio, podem ser enunciados o facto de ter sido possível fazer chegar conhecimento e evidência científica nas áreas do controlo de infeção e esterilização, à equipa de enfermagem do BO do Hospital X, bem como a possibilidade de participação num Projeto de investigação, que acreditamos contribuir para a produção de conhecimento na área da enfermagem perioperatória, bem como a possibilidade de concretização deste estágio e por consequência deste Projeto, no local de trabalho, o que sem dúvida se mostrou uma mais valia e importante contributo para a formação da equipa de enfermagem deste BO.

Como **aspetos constrangedores**, verificaram-se o facto de ter sido solicitado um parecer às entidades AESOP, ANES e OE, tendo em conta a análise e justificação da pertinência do Projeto que inicialmente se apresentou, e mais tarde se concretizou, sendo que apenas a última entidade referenciada neste parágrafo respondeu ao pedido, não considerando de momento a pertinência da sua aplicação; outro aspeto teve em conta a pouca informação, estudos e evidência científica que relacionem diretamente as áreas de esterilização com a enfermagem perioperatória, sendo que procurámos utilizar aspeto e transformá-lo num aspeto motivacional no sentido da pertinência da aplicação do Projeto, procurando assim criar riqueza científica e teórica acerca das temáticas abordadas.

A reflexão acerca da aquisição e desenvolvimento de competências revelou-se um processo extremamente enriquecedor e construtivo, permitindo a tomada de consciência do trabalho desenvolvido ao longo deste percurso e das

capacidades adquiridas e/ou modificadas; a tomada de consciência surgiu também ao descobrir-se que determinados conceitos e áreas que se julgavam dentro da área de conhecimento dos enfermeiros, possuem ainda terreno para mais exploração e aprofundamento, nomeadamente as áreas de controlo de infeção e da qualidade dos cuidados prestados.

Chegando a esta etapa, consideramos este percurso foi finalizado, pois concluiu-se o relatório com a consciência de que os objetivos, quer do relatório quer do Projeto implementado, foram atingidos. Este estágio permitiu também um desenvolvimento da consciência e da autonomia, permitindo o desenvolvimento dos processos de raciocínio e tomada de decisão, considerando uma mais valia a frequência do MEPO. Por outro lado, consideramos este percurso inacabado, no sentido em que agora julgamos estar munidos de ferramentas que permitem continuar a dignificar a enfermagem e a enfermagem perioperatória e a exercer as nossas funções com bases nos conhecimentos adquiridos, sendo também um importante meio de transmissão de conhecimento aos demais enfermeiros, para que os cuidados de enfermagem continuem a chegar à população não só pela via empírica, mas fundamentados e baseados em evidência científica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, Wilson Correia. **Formação e aprendizagem em contexto clínico – Fundamentos, teorias e considerações didáticas**. Coimbra: Formasau, julho 2007. ISBN: 978-8485-87.
- ACSS – **Recomendações Técnicas para Bloco Operatório. Publicações Unidade Funcional: Normalização de Instalações e Equipamentos**. 2011.
- AESOP – **Enfermagem Perioperatória. Da Filosofia à prática dos cuidados**. Loures: Lusodidacta: Sociedade Portuguesa de Material Didático, Lda. 2006, ISBN 972-8930-16-x.
- ALMEIDA, Miriam; LUCENA, Amália; FRAZEN, Elenara; LAURENT, Maria – **Processo de Enfermagem na Prática Clínica**. Porto Alegre: Artmed Editora S.A, 2011, ISBN 978-85-363-2575-0.
- ANDRADE, M. T. S. **Guias Práticos de Enfermagem: cuidados intensivos**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill, 2002.
- ANGELILLO, I.F. et al – Journal of Hospital Infection. 42:105-112. 1999.
- AORN JOURNAL – **Reprocessing Single-use Medical Devices – The Ethical Dilemma**. Volume 75, Issue 5, May 2002:989-999.
- AORN JOURNAL – **Reprocessing Single-use Medical Devices**. Volume 75, Issue 3, March 2002:557-560,562,565-567.
- BATISTA, M; SANTOS, M; PIVATELLI, F; LIMA, A; GODOY, M – **Eventos adversos e motivos de descarte relacionados ao reuso de produtos médicos hospitalares em angioplastia coronária**. Braz J. Cardiovasc Surgery 2006; 21(3):328-333.
- BENNER, P. – **De iniciado a perito**. 2ª Edição. Coimbra: Quarteto Editora, 2005. ISBN 972-8535-97-x.
- BENNER, P. – **From Novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice**. Menlo Park, CA: Addison-Wesley Publishing Company, 1984. ISBN 9780201002997.
- CARDOSO, Araújo – **Comunicação e saúde**. JM. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. ISBN: 978-85-7541-125-4.
- CARVALHAL, R. – **Parcerias na formação. Papel dos Orientadores Clínicos**. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-40-1.
- CARVALHO, Manoel; VIEIRA, Alan – **Erro médico em pacientes hospitalizados**. Jornal de Pediatria – Vol.78, N.º4, 2002.

- COSTA, Aguiar;BG, Soares; COSTA, A. **Evolução das Centrais de Material e Esterilização; História, Atualidades e Perspectivas para a Enfermagem.** Enfermería Global. Nº15 Febrero 2009.
- COUTO, RD. **Infecções Hospitalares e outras Complicações Não-infecciosas da Doença – Epidemiologia, Controle e Tratamento.** Rio de Janeiro: Medsi Editora Médica e Científica Ltda. 2003
- CYNTHIA, Spry – **Understanding current steam sterilization recommendations and guidelines.** AORN Journal – October 2008, vol 88, nº 4
- **DECRETO-LEI 104/98** de 21 de abril
- **DECRETO-LEI 111/2009** de 16 de setembro
- **DECRETO-LEI 161/96** de 4 de setembro
- **DECRETO-LEI 74/2006** de março 2006
- **DECRETO-LEI 74/2006** de março 2006
- DGS – **Inquérito Nacional de Prevalência de Infecção.** 25 de Março de 2009
- DGS - **Manual e Normas de Procedimentos para um Serviço Central de Esterilização.** 2001
- DGS. **Relatório da Campanha Nacional da Higiene das Mãos.** 2010-2011.
- Direcção Geral de Saúde – **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde, Manual de Operacionalização.** Fevereiro de 2008
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS)/INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE) – **Elementos Estatísticos, Informação Geral.** 2008. ISSN 0872-1114.
- DOENGES, Marilyn; MOORHOUSE, Mary – **Aplicação do Processo de Enfermagem e do Diagnóstico de Enfermagem.** Lisboa: Lusodidacta: Sociedade Portuguesa de Material Didático, Lda. 1992, ISBN 972-95399/4/4.
- EORNA – **EORNA Common Core Curriculum for Perioperative Nursing.** April 2012
- ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE, IPS – **Fundamentos, enquadramento e roteiro normativo do Trabalho de Mestrado.** 2013, Setúbal
- FERRAZ, E. Machado – **A cirurgia segura. Uma exigência do século XXI.** Rev. Col. Bras. Cir. 2009;36(4):281-282.
- FORTIN, M. – **O processo de investigação. Da concepção à realização.** Original publicado em Francês, 1996. Loures: Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-10-x
- FREIBERGER, Mônica – **Opinião dos pacientes cirúrgicos e conhecimentos dos trabalhadores em centros de material e esterilização em relação aos**

- artigos médico-hospitalares esterilizados.** Dissertação de mestrado, Brasília. 2006
- **GALVÃO, CM – A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória.** Revista latino-americana enfermagem. 2002, vol. 10, n. 5 pp. 690-695. ISSN 0104-1169
 - **GUERRA, I (1994) – Introdução à Metodologia de Projecto,** CET, Lisboa
 - **HUGHES, CM, et al. – Infection Strategies for preventing the transmission of meticillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) in nursing homes for older people (Review) – The Cochrane Collaboration.**
 - **INSTITUTO DR. RICARDO JORGE – Recomendações para a prevenção da infeção do local cirúrgico.** 2004
 - **KRAMER, A; ASSADIAN, O. – Ethical and hygiene aspects of the reprocessing of medical devices in Germany.** GMS Krankenhaushygiene Interdisziplinär 2008, Vol. 3(3), ISSN 1863-5245.
 - **KURCGANT, Paulina, et. al. – Administração em Enfermagem.** São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Lda. 1991
 - **LEITE, Flávia. Central de Material Esterilizado-Projeto de Reestruturação e Ampliação do Hospital Regional de Francisco Sá.** 2008
 - **LESNE, Marcel – Trabalho pedagógico e formação de adultos – elementos de análise.** Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1997.
 - **LINDA, T. Kohn, JANET M. Corrigan, MOLA S. – To err is human.** Donaldson, Editors; Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. ISBN:0-309-51563-7.
 - **LINGARD L.; ESPIN, R.; WHITE, S.; COLMENARES, M.; BAKER, G.R. – Getting teams to talk: development and pilot implementation of a checklist to promote interprofessional communication in the OR.** Quality and safety in healthcare 14. 2005. p. 340-346.
 - **LÓPEZ, M. A. & LA CRUZ, M. J. R. Guias Práticos de Enfermagem: Hospitalização.** 2002
 - **MANUAL DE NORMAS E PROCEDIMENTOS PARA UM SERVIÇO CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO EM ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE.** DGS, 2001
 - **MARTINS, JCA – Investigação em Enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética.** Referência, vol. 12, n.º 2, p. 62-66

- MIGUEL, A. – **Gestão Moderna de Projectos: Melhores técnicas e práticas**. 2ª Edição. Lousã: FCA. 2006. ISBN 9788520412633
- MITCHELL, Lucy; FLIN, Rhona – **Non technical skills of the operating theatre scrub nurse: literature review**. Journal compilation. Blackwell Publishing Ltd. 2008. p. 15-24.
- NUNES, L. – **Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem**. Departamento de Enfermagem ESS/IPS. 2013. ISBN 978-989-98206-1-6
- OLSSON, Lary – **Reuse of single-use devices: Protecting your reprocessing program**. Journal of HealthCare Risk Management. Volume 29, Number 2. 2009
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Divulgar: padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem – enquadramento conceptual e enunciados descritivos**. (2002). [S.l]: Ordem dos Enfermeiros.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES – **Tomada de Posição: Reprocessamento de Dispositivos Médicos de Uso Único (DMUU)**.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. **ORIENTAÇÕES RELATIVAS ÀS ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO CIRCULANTE**. 2004
- OURIQUES, Carla; MACHADO, Maria. **Enfermagem no Processo de Esterilização de Materiais**. Texto Contexto de Enfermagem, Florianópolis, 2013 Jul-Set; 22(3):695-703.
- OURIQUES, Carla; MACHADO, Maria. **Enfermagem no Processo de Esterilização de Materiais**. Texto Contexto de Enfermagem, Florianópolis, 2013 Jul-Set; 22(3):695-703.
- PHIPPS, Wilma [et. Al.] – **Enfermagem Médico-Cirúrgica, Conceitos e Prática**. Lisboa: Lusodidacta: Sociedade Portuguesa de Material Didático, Lda. 1995, ISBN 972-96610-0-6.
- PINA, Elaine; SILVA Maria Goreti; DA SILVA, Eduardo; UVA, António. **Infecção relacionada com a prestação de cuidados de saúde: infecções da corrente sanguínea**. Infecções Nosocomiais. Vol28, Nº1 – Janeiro/Junho 2010.
- PIRES, Ana Luísa Oliveira – **Reconhecimento e validação das aprendizagens experienciais. Uma problemática educativa**. Sísifo. Revista de Ciências da Educação, 2. Lisboa, 2007. ISSN: 1646-4990.
- POLIT, D et al. – **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3ª Edição. Editora Artes Médicas Sul Ltda. 1995.

- **PROGRAMA NACIONAL DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS.** PNCI- Ministério da Saúde. 2004.
- **PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE.** Ministério da Saúde. 2007.
- **REGULAMENTO INTERNO BLOCO OPERATÓRIO DO HOSPITAL X,** 2008
- **REPE E ESTATUTOS DA ORDEM DOS ENFERMEIROS** (Decreto de Lei n.º104/98, de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro.
- **REPORT FROM THE COMMISSION TO THE EUROPEAN PARLIAMENT AND THE COUNCIL - Report on the issue of the reprocessing of medical devices in the European Union, in accordance with Article 12a of Directive 93/42/EEC.** Brussels, 27.8.2010 COM (2010) 443 final.
- **RILEY R.G; MANIAS, E. – Governance in operating room nursing: nurse`s knowledge of individual surgeons.** Social Science and Medicine 62. 2006. P. 1541-1551.
- **RUIVO, Mª Alice; FERRITO, Cândida. Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas.** Percursos, nº 15 Janeiro - Março 2010. Setúbal. ISSN 1646-5067.
- **SMELTZER, S. C.; BARE, B. G .Brunner & Suddarth. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica.** v. 4. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- **SMITH, M & PARKER, M. – Nursing Theory and the Discipline of Nursing** (3ª ed.), Nursing Theories & Nursing Practice (p. 3-15). Philadelphia: F.A. Davis Company. 2008.
- **SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA – Jornal de Pediatria,** 0021-7557/03/79-03/277. 2003.
- **SOUSA, Jorge Humberto. Missão do Corpo de Enfermagem do Hospital de Santiago.** ESS. 2014.
- **SOUZA, Milca; PRADO, Anaclara. A infecção hospitalar e suas implicações para o cuidar da enfermagem.** Texto Contexto Enfermagem. 2005 Abr-Jun; 14(2):250-7.
- **STOESSEL, Kathleen – Estratégias de Redução da Infecção do Sítio Cirúrgico.** Kimberly-Clark Health Care. Julho de 2008.

- THE AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GUNECOLOGISTS – **Committee Opinion: Reprocessed Single-Use Devices**. Number 537. October 2012.
- TIPPLE, Anaclara; PEREIRA, Milca; HAYASHIDA, Miyeko; MORIYA, Tokico; SOUZA, Adenícia. **O Ensino do Controle de Infecção: Um Ensaio Teórico-Prático**. Revista Latino-americana de Enfermagem. 2003 Março-Abril; 11(2):245-50.
- TSCHANNEN, Dana; LEE, Eunjoo – **The impact of nursing characteristics and the work environment on perceptions of communication**. Hindawi Publishing Corporation, Nursing Research and Practice. 2012. Article ID 401905.
- UNAIBODE – **Práticas e referências de enfermagem de bloco operatório**. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. 2001.
- VILELAS, J. – **Investigação – O processo de construção do conhecimento**. Lisboa: Sílabo, 2009. ISBN 978-972-618-557-4.
- VISCUSI, Eugene; WITKOWSKI, Thomas – **Acute Pain Medicine: Novel Analgesic Techniques**. American of Anesthesiologists. 2011.
- WHO – **Safe Surgery Safes Lives**. 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE I

-ANÁLISE SWOT-

A análise SWOT constituiu uma forte ferramenta de análise, onde se analisam as forças e fraquezas, as oportunidades e ameaças a um Projeto, sendo que a análise SWOT em baixo, foi construída com base as características já enunciadas e que foram selecionadas no contexto onde está inserido este Projeto.



APÊNDICE II

-DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO-

Definição do Problema

Estudante: Luís Miguel Martins
Instituição: Hospital X
Serviço: Bloco Operatório
Título do Projeto: Formação dos enfermeiros perioperatórios do hospital x relativamente ao reprocessamento e esterilização de DM.
<p>Explicitação sumária da área de intervenção e das razões da escolha (250 palavras):</p> <p>Inserido no estágio do Mestrado de Enfermagem Perioperatória e no âmbito da Unidade Curricular Projeto/Estágio, foi-me solicitado a realização de um Projeto que seja capaz de demonstrar as atividades desenvolvidas e competências adquiridas no decorrer do Estágio.</p> <p>O Projeto será desenvolvido no BO do hospital X e a área de intervenção que me proponho desenvolver, diz respeito ao desenvolvimento dos conhecimentos dos enfermeiros do BO do hospital X, sobre os processos de esterilização executados no hospital e que respeitam ao reprocessamento e esterilização de todos os dispositivos médicos (DM) reutilizáveis. No hospital X, o BO é o maior utilizador dos serviços do SCE, correspondendo a cerca de 80% do volume de trabalho do SCE, utilizando mais de 100 mil DM esterilizados/ano.</p> <p>As razões desta escolha devem-se ao facto desta ser uma área de conhecimento pouco explorada pelo enfermeiro perioperatório, que se interliga com a área de controlo de infeção e que marca presença na prática diária destes profissionais.</p> <p>Um artigo do AORN Jornal, dita que anualmente morrem cerca de 90.000 clientes por ano, devido a erros médicos e infeções hospitalares; o controlo de infeção hospitalar assume assim importância preponderante e uma das formas de</p>

controlar a infecção hospitalar, nomeadamente a infecção relacionada com o procedimento e a ferida cirúrgica, é a aplicação das melhores práticas a nível de limpeza e esterilização de instrumentos e dispositivos médicos utilizados em cirurgias. (Cynthia, 2008)

O risco de infecção para um cliente aumenta bastante se o enfermeiro perioperatório vier a utilizar um DM que não tenha sido submetido ao melhor processo de limpeza e esterilização ou que se encontre com a sua barreira de esterilidade comprometida. Os enfermeiros perioperatórios detêm a responsabilidade de garantir que os DM utilizados em cirurgias, foram descontaminados e esterilizados, bem como armazenados, nas condições recomendadas internacionalmente. (Cynthia, 2008)

De forma a justificar esta responsabilidade, o enfermeiro perioperatório deve estar ao corrente e devidamente atualizado acerca das normativas que definem os corretos métodos de descontaminação, esterilização, acondicionamento e manipulação de DM estéreis.

Só desta forma, o enfermeiro perioperatório poderá garantir que os DM utilizados nas cirurgias dos clientes são detentores da devida qualidade, permitindo assim assegurar uma prestação de cuidados perioperatórios com qualidade e segurança.

Diagnóstico de situação

Definição geral do problema

Tendo em conta as exigências do contexto atual, urge a necessidade de clarificar conceitos importantes relativos ao reprocessamento, empacotamento, esterilização, manipulação e acondicionamento de DM reutilizáveis.

É premente a necessidade de compreender os conceitos descritos no parágrafo anterior, transpondo para a prática diária do enfermeiro perioperatório, as regras fundamentais para a implementação de Boas Práticas (DGS - Manual e Normas de Procedimentos para um Serviço Central de Esterilização, 2001) e assim contribuir para a prestação de cuidados de enfermagem perioperatórios de

qualidade.

A ausência de contato direto e formação dos enfermeiros do BO do hospital X na área de esterilização, bem como a expressão de forma direta e indireta dessa mesma necessidade pela equipa de enfermagem, leva-me a considerar estes fatores, influentes diretos na prestação de cuidados ao cliente cirúrgico do BO do hospital X. É crucial que o enfermeiro perioperatório seja capaz de garantir a qualidade dos DM utilizados em cirurgia, compreender os processos inerentes ao processamento e utilização desses DM e garantir a manutenção de um correto controlo de infeção associado à manipulação desses DM.

Análise do problema (contextualização, análise com recurso a indicadores, descrição das ferramentas diagnósticas que vai usar, ou resultados se já as usou – 500 palavras)

A Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP, 2006), descreve cuidados perioperatórios como, o conjunto de atividades desenvolvidas pelos enfermeiros perioperatórios, para dar resposta às necessidades do cliente submetido a cirurgia e ou qualquer procedimento invasivo.

Parte incidente da prestação de cuidados do enfermeiro perioperatório, está em garantir o controlo da infeção hospitalar associada aos cuidados de saúde prestados aos clientes submetidos a cirurgia e consequentemente a manutenção de um controlo rigoroso da garantia de qualidade dos DM utilizados nesses clientes.

A partir da década de 80 a infeção hospitalar teve um aumento muito significativo, chamando a atenção da comunidade científica, que procurou validar e padronizar a utilização de agentes desinfetantes, antissépticos e esterilizantes. (Freiberger, 2006)

Já na década de 90 começam a surgir as primeiras comissões de controlo de infeção hospitalar, que visam a sua atenção nos métodos de vigilância epidemiológica e tentativa de prevenção da infeção hospitalar. Em todo o ambiente hospitalar, a preocupação com o controlo de infeção é um ponto fulcral e constante,

especialmente em toda a prestação de cuidados de enfermagem. (Freiberger, 2006)

A infecção do local cirúrgico é aquela que ocorre na incisão cirúrgica ou em tecidos manipulados durante a operação. Pode ser diagnosticada e caracterizada epidemiologicamente até 30 dias após a operação. É um risco inerente à cirurgia e a complicação mais comum e não é possível evitá-la a 100%, mas pode ser prevenida com medidas preventivas e de controlo. (Freiberger, 2006)

A infecção do local cirúrgico é considerada um indicador de qualidade dos cuidados de saúde e da instituição onde foram prestados. A implementação das ações preventivas pelos profissionais é de extrema importância e nessas ações inserem-se o uso correto de técnicas de assepsia e utilização de DM reutilizáveis esterilizados; a um SCE compete a responsabilidade de garantir a efetividade dos processos de limpeza, secagem, empacotamento e esterilização, dos DM reutilizáveis utilizados numa unidade hospitalar, sendo que qualquer falha ocorrida neste processo pode significar possíveis complicações como por exemplo, uma infecção do local cirúrgico. (Freiberger, 2006)

Assim poderemos afirmar que o reprocessamento de DM reutilizáveis acarreta complexos fatores que necessitam de considerar acima de tudo, a segurança do cliente. Para tal, a esterilização e os seus processos, deve ser entendida *“como componente essencial na qualidade dos materiais utilizados na prestação de cuidados, com um forte impacte no controlo de infeção nosocomial e no custo do cliente tratado (...)”* (Manual de Normas e Procedimentos para um serviço central de esterilização em estabelecimentos de saúde. DGS, 2001)

Por este exemplo verificamos que os meandros que envolvem o reprocessamento e esterilização de DM reutilizáveis são de tal forma complexos e exigentes, que o profissional utilizador destes, deverá conhecer os processos inerentes a esta área, permitindo-lhe tomar as suas decisões e ações em plena consciência e em prol do bem melhor para o cliente submetido a cirurgia.

Através da observação dos enfermeiros do BO do hospital X, tenho vindo a tomar consciência de necessidades sentidas pela equipa nesta área. Falei também com o Sr. Enf. Diretor do hospital X, que me confirmou a pertinência do Projeto.

Tendo o problema identificado, utilizai a metodologia SWOT para a análise da situação.

Identificação dos problemas parcelares que compõem o problema geral (150 palavras)

A equipa de enfermagem do BO do hospital X manifesta de forma direta (através de dúvidas) e indireta (verificado através da observação da prática) necessidade de formação relativamente aos métodos de reprocessamento e esterilização de DM reutilizáveis de forma geral e em concreto os utilizados no hospital X.

O reprocessamento e esterilização de DM reutilizáveis assume determinadas particularidades e peculiaridades, apenas acessíveis a que detém formação específica na área de esterilização, mas que contudo, assumem grande importância para quem manipula os DM no BO e nas salas operatórias. Assim no BO do hospital X existe:

- Insuficientes enfermeiros com formação e conhecimentos específicos em reprocessamento e esterilização de DM;
- Frustração dos enfermeiros quando deparados com situações em que são necessários conhecimentos mais diferenciado acerca do reprocessamento e/ou esterilização de determinado DM reutilizáveis, bem como da sua correta manipulação;
- Dificuldade dos enfermeiros do BO para compreender os métodos de trabalho no SCE e os tempos e práticas que tais métodos necessitam;
- Renitência dos enfermeiros do BO para fazer cumprir o preenchimento dos documentos relacionados com a rastreabilidade dos DM;
- Possibilidade de ocorrência de quebras na qualidade dos DM e consequente utilização dos mesmos, comprometendo um correto controlo de infeção por falta de formação diferenciada na área;
- Manipulação e armazenamento dos DM que não respeitam as diretivas atualmente em vigor;

- DM são selecionados e levados para a sala operatória e se não utilizados, voltam a ser arrumados no armazém.

Determinação de prioridades

A equipa de enfermagem do BO apresenta necessidades de formação em várias vertentes, todavia a verificação de dificuldades e dúvidas na interpretação e utilização de DM reprocessados, falta de documentação escrita no BO e dúvidas que são colocadas regularmente à chefia, relativamente aos métodos de reprocessamento e esterilização de DM, fazem emergir a necessidade de formação na área. Desta forma, o PIS que me proponho a desenvolver visa avaliar os conhecimentos da equipa de enfermagem do BO do hospital x acerca da temática e aplicar um plano de formação que permita colmatar as lacunas de conhecimentos que se possam vir a identificar.

Objetivos (geral e específicos, centrados na resolução do problema. Os objetivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo):

OBJETIVO GERAL:

- Melhorar a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa submetida a cirurgia no Bloco Operatório do Hospital X.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Garantir um correto controlo de infeção associado à manipulação e utilização dos DM utilizados no BO do hospital x;
- Contribuir para a formação dos enfermeiros relativamente aos métodos de reprocessamento e esterilização de DM reutilizáveis;
- Avaliar o processo de formação dos enfermeiros relativamente aos métodos de reprocessamento e esterilização de DM reutilizáveis.

Referências Bibliográficas (Norma da ESS)

- AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses
- CYNTHIA, Spry – Understanding current steam sterilization recommendations and guidelines. AORN Jornal – October 2008, vol 88, nº 4.
- Escola Superior de Saúde, IPS – Fundamentos, enquadramento e roteiro normativo do Trabalho de Mestrado. 2013, Setúbal
- FREIBERGER, Mónica – Opinião dos pacientes cirúrgicos e conhecimentos dos trabalhadores em centros de material e esterilização em relação aos artigos médico-hospitalares esterilizados. Dissertação de mestrado, Brasília. 2006
- GALVÃO, CM – A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. Revista latino-americana enfermagem. 2002, vol. 10, n. 5 pp. 690-695. ISSN 0104-1169
- KURCGANT, Paulina, et. al. – Administração em Enfermagem. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Lda. 1991
- LESNE, Marcel – Trabalho pedagógico e formação de adultos – elementos de análise. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1997.
- Manual de Normas e Procedimentos para um serviço central de esterilização em estabelecimentos de saúde. DGS, 2001
- Ordem dos Enfermeiros. Orientações Relativas às Atribuições do Enfermeiro Circulante. 2004
- Regulamento interno bloco operatório do Hospital X, 2008
- RUIVO, M^a Alice; FERRITO, Cândida. Metodologia de Projeto: coletânea descritiva de etapas. Percursos, nº 15 janeiro - março 2010. Setúbal. ISSN 1646-5067

Data novembro de 2013 Assinatura: Luís Miguel Martins

APÊNDICE III

-PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA DESENVOLVIMENTO DE PROJETO
DE INVESTIGAÇÃO-

Exmo. Sr. Administrador Dr. M [REDACTED]

Presidente do Concelho de Administração

Assunto: Pedido de autorização para desenvolvimento de Projeto de Investigação

Eu Luís Miguel Martins, Enfermeiro Responsável no Bloco Operatório do Hospital [REDACTED], encontro-me a frequentar o 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória da ESS – IPS e no âmbito da Unidade Curricular Projeto/Estágio estou a desenvolver um Projeto de intervenção em serviço, sob a orientação da Professora C [REDACTED] F [REDACTED], que propõe realizar um estudo com aplicação de questionário, atendendo avaliar as “*Necessidades de Formação dos Enfermeiros Perioperatórios, sobre Reprocessamento e Esterilização de Dispositivos Médicos (DM) reutilizáveis.*”.

O Projeto tem como principal objetivo melhorar a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa submetida a cirurgia, no Bloco Operatório do Hospital [REDACTED], contribuindo para a formação dos enfermeiros relativamente aos métodos de reprocessamento e esterilização de dispositivos médicos.

Para cumprir os objetivos a que me proponho, necessito de aplicar um questionário aos enfermeiros do Bloco Operatório do Hospital [REDACTED], para avaliar as necessidades de formação na área de esterilização, deste grupo profissional.

A aplicação do questionário decorrerá durante o mês de novembro de 2013.

Venho assim por este meio, solicitar autorização para a aplicação do questionário aos enfermeiros do Bloco Operatório do Hospital [REDACTED], garantindo a confidencialidade e o anonimato, tanto da organização, como dos enfermeiros, na apresentação dos resultados finais.

Desde já agradeço a disponibilidade, encontrando-me disponível para prestar mais informações que V. Ex.^a considere necessárias.

Pede deferimento,

(Enfermeiro Luís Miguel Martins N. Mec. XXXXXXXXXX)

APÊNDICE IV

**-CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO EM PROJETO
DE INVESTIGAÇÃO-**

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO EM PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

Declaro ter sido informado por Luís Miguel Martins sobre o Projeto: *“Formação dos Enfermeiros Perioperatórios, sobre Reprocessamento e Esterilização de Dispositivos Médicos (DM) reutilizáveis.”*, que está a realizar no âmbito da Unidade Curricular Projeto/Estágio do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, com orientação da Professora C [REDACTED] F [REDACTED].

Fui informado que o questionário a ser aplicado neste Projeto, pretende recolher a informação sobre as necessidades de formação sobre Reprocessamento e Esterilização de Dispositivos Médicos, da equipa de enfermagem.

Os objetivos do Projeto são:

OBJETIVO GERAL:

- Melhorar a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa submetida a cirurgia no Bloco Operatório do Hospital de Santiago.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Garantir um correto controlo de infeção associado à manipulação e utilização dos DM utilizados no BO do hospital x;
- Contribuir para a formação dos enfermeiros relativamente aos métodos de reprocessamento e esterilização de DM reutilizáveis;
- Avaliar o processo de formação dos enfermeiros relativamente aos métodos de reprocessamento e esterilização de DM reutilizáveis.

Compreendi que os dados são recolhidos através de resposta ao questionário anexo e foi-me explicado que a amostra de estudo consistirá na equipa de enfermagem do Bloco Operatório.

A minha participação neste Projeto consiste em responder ao questionário em anexo. Compreendi as garantias de confidencialidade e proteção dos dados que me dizem respeito e que me foram asseguradas. Fui também informado(a) de ter total liberdade para, em qualquer momento, desistir sem que seja necessário justificar a decisão e sem penalizações. Considerando-me esclarecido(a), declaro participar de livre vontade.

Investigador

Luís Miguel Martins

APÊNDICE V

-QUESTIONÁRIO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO-

CONSENTIMENTO INFORMADO

**PARA PARTICIPAÇÃO EM PROJETO DE INTERVENÇÃO EM
SERVIÇO**

Declaro ter sido informado pelo Enfermeiro Luís Miguel Martins sobre o Projeto de Intervenção em Serviço: ***“Necessidades de Formação da equipa de enfermagem do BO relativamente ao reprocessamento e esterilização de DM”***, que está a realizar no âmbito da Unidade Curricular Projeto/Estágio do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, com orientação da Professora C [REDACTED] F [REDACTED].

Este Projeto tem como objetivo geral melhorar a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa submetida a cirurgia no Bloco Operatório do hospital.

Fui informado que o questionário a ser aplicado neste Projeto, pretende recolher a informação sobre os conhecimentos dos enfermeiros perioperatórios acerca dos métodos de reprocessamento, esterilização, acondicionamento e manipulação de DM estéreis, de modo a poder ser elaborado um plano de formação adequado às necessidades identificadas.

Compreendi que os dados são recolhidos através de resposta ao questionário anexo e foi-me explicado que a amostra de estudo consistirá na equipa de enfermagem do Bloco Operatório. A minha participação neste Projeto consiste em responder ao questionário em anexo. Compreendi as garantias de confidencialidade e proteção dos dados que me dizem respeito e que me foram asseguradas. Fui também informado(a) de ter total liberdade para, em qualquer momento, desistir sem que seja necessário justificar a

decisão e sem penalizações. Considerando-me esclarecido(a), declaro participar de livre vontade.

Formulário de *“Necessidades de Formação da equipa de enfermagem do BO relativamente ao reprocessamento e esterilização de DM”*

O enfermeiro perioperatório deve ser capaz de se adaptar às mudanças constantes do quotidiano, que cada vez mais nos trás maior complexidade nas situações de doença e que exige mais que nunca uma abordagem multidisciplinar e trabalho de equipa.

A constante evolução das técnicas cirúrgicas e a proporcional escalada da complexidade e diferenciação relativamente aos processos de reprocessamento de DM, bem como a responsabilidade do enfermeiro perioperatório em garantir o controlo da infeção hospitalar associada aos cuidados de saúde prestados aos clientes submetidos a cirurgia, faz com que o enfermeiro perioperatório se veja obrigado a adquirir conhecimentos nesta área.

A sua colaboração é fundamental para que se gere maior evidência científica, com o propósito de fazer chegar aos enfermeiros perioperatórios mais informação sobre a temática.

As respostas ao Questionário são de natureza **confidencial e anónima**.

Solicitamos que responda de acordo com o que é a sua opinião.

1. O(a) enfermeiro(a) perioperatório(a) tem um papel preponderante na garantia da qualidade dos dispositivos médicos utilizados nas cirurgias.

Concordo totalmente ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo ☐ Discordo parcialmente ☐ Discordo totalmente ☐ Não sei ☐

2. O controlo da infeção hospitalar deve ser uma preocupação na prática diária do enfermeiro(a) perioperatório(a).

Concordo totalmente ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo ☐ Discordo parcialmente ☐ Discordo totalmente ☐ Não sei ☐

3. O(a) enfermeiro(a) perioperatório(a) não tem a responsabilidade de garantir que os dispositivos médicos utilizados em cirurgia, foram descontaminados e esterilizados, bem como manuseados e acondicionados nas condições recomendadas internacionalmente.

Concordo totalmente ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo ☐ Discordo parcialmente ☐ Discordo totalmente ☐ Não sei ☐

4. As áreas de controlo de infeção e de esterilização, não são imprescindíveis para a garantia da prestação de cuidados de enfermagem perioperatórios de qualidade aos clientes cirúrgicos.

Concordo totalmente ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo ☐ Discordo parcialmente ☐ Discordo totalmente ☐ Não sei ☐

5. Dispositivos médicos contaminados, são todos os dispositivos que tenham sido expostos a um procedimento clínico.

Concordo totalmente ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo ☐ Discordo parcialmente ☐ Discordo totalmente ☐ Não sei ☐

6. Num processo de descontaminação de um dispositivo médico, desde que sejam limpos, não importam as recomendações do

fabricante, a natureza da contaminação ou o número de reutilizações permitidas.

Concordo totalmente ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo ☐ Discordo parcialmente ☐ Discordo totalmente ☐ Não sei ☐

7. Os detergentes para a lavagem de dispositivos médicos, devem ser escolhidos de acordo com o tipo de dispositivo médico a lavar e descontaminar.

Concordo totalmente ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo ☐ Discordo parcialmente ☐ Discordo totalmente ☐ Não sei ☐

8. Os dispositivos médicos lavados em tina ultrassónica, utilizam os mesmos detergentes e sofrem o mesmo processo que uma lavagem em máquina automática, só o processo é mais rápido.

Concordo totalmente ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo ☐ Discordo parcialmente ☐ Discordo totalmente ☐ Não sei ☐

9. Todos os procedimentos a serem executados no Serviço Central de Esterilização, incluindo o processo de descontaminação, devem estar devidamente descritos através de protocolos e documentados através de registos.

Concordo totalmente ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo ☐ Discordo parcialmente ☐ Discordo totalmente ☐ Não sei ☐

10. Os registos de lavagem são um importante mecanismo de rastreabilidade dos procedimentos que envolvem a lavagem e descontaminação de cada dispositivo médico.

Concordo totalmente ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo ☐ Discordo parcialmente ☐ Discordo totalmente ☐ Não sei ☐

11. A limpeza de um dispositivo médico serve para retirar toda a carga microbiana do dispositivo.

Concordo totalmente ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo ☐ Discordo parcialmente ☐ Discordo totalmente ☐ Não sei ☐

12. O rastreio de dispositivos médicos só é necessário ser efetuado quando estes são submetidos ao processo de inspeção e preparação para esterilização.

Concordo totalmente ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo ☐ Discordo parcialmente ☐ Discordo totalmente ☐ Não sei ☐

13. Quanto ao processo de descontaminação de um dispositivo médico, não sendo um processo visível a “olho nu”, compete apenas ao Serviço Central de Esterilização assumir a responsabilidade pela garantia da sua qualidade até à utilização.

Concordo totalmente ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo ☐ Discordo parcialmente ☐ Discordo totalmente ☐ Não sei ☐

14. Compete apenas ao Serviço Central de Esterilização, assegurar a manutenção da correta funcionalidade e longevidade do dispositivo médico.

Concordo totalmente ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo ☐ Discordo parcialmente ☐ Discordo totalmente ☐ Não sei ☐

15. É mandatária uma inspeção que teste visualmente, funcionalmente e lubrifique um dispositivo médico antes do seu empacotamento.

Concordo totalmente ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo ☐ Discordo parcialmente ☐ Discordo totalmente ☐ Não sei ☐

16. Em caso de extrema necessidade pelo Bloco Operatório, pode proceder-se a uma inspeção mais rápida, podendo não se cumprir todos os passos da inspeção.

Concordo totalmente ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo ☐ Discordo parcialmente ☐ Discordo totalmente ☐ Não sei ☐

17. A embalagem onde se empacota/acondiciona um dispositivo médico, deve garantir a esterilidade até ao momento da utilização.

Concordo totalmente ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo ☐ Discordo parcialmente ☐ Discordo totalmente ☐ Não sei ☐

18. O transporte, o armazenamento e a manipulação, não influenciam diretamente a embalagem e a esterilidade do dispositivo médico.

Concordo totalmente ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo ☐ Discordo parcialmente ☐ Discordo totalmente ☐ Não sei ☐

19. Uma esterilização tipo “rápido” garante ao utilizador a mesma qualidade do dispositivo médico que uma esterilização normal, sendo no entanto mais rápida.

Concordo totalmente ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo ☐ Discordo parcialmente ☐ Discordo totalmente ☐ Não sei ☐

20. A esterilização a plasma (Sterrad®), serve para todos os dispositivos médicos, sendo mais prática ao utilizador, pois é mais rápida que a esterilização a vapor.

Concordo totalmente ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo ☐ Discordo parcialmente ☐ Discordo totalmente ☐ Não sei ☐

21. Em caso de extrema necessidade pelo Bloco Operatório, pode o(a) enfermeiro(a) perioperatório(a) dar as indicações de descontaminação e esterilização do dispositivo médico ao Serviço Central de Esterilização, com vista a ter o dispositivo disponível no menor espaço de tempo possível.

Concordo totalmente ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo ☐ Discordo parcialmente ☐ Discordo totalmente ☐ Não sei ☐

22. O Serviço Central de Esterilização deve reprocessar os dispositivos médicos, tendo principalmente em conta a necessidade do Bloco Operatório.

Concordo totalmente ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo ☐ Discordo parcialmente ☐ Discordo totalmente ☐ Não sei ☐

23. A rastreabilidade de um dispositivo médico comprova a sua qualidade quanto aos processos a que foi submetido, garantindo a sua eficácia e oferecendo segurança ao utilizador.

Concordo totalmente ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo ☐ Discordo parcialmente ☐ Discordo totalmente ☐ Não sei ☐

24. É seguro utilizar um dispositivo médico que não apresente todos os registos de rastreabilidade, desde que o utilizador tenha a certeza que o dispositivo se encontra estéril.

Concordo totalmente ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo ☐ Discordo parcialmente ☐ Discordo totalmente ☐ Não sei ☐

25. Um processo de esterilização corretamente controlado e validado dá a certeza de o dispositivo médico estar estéril.

Concordo totalmente ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo ☐ Discordo parcialmente ☐ Discordo totalmente ☐ Não sei ☐

26. A zona de armazenamento de dispositivos médicos estéreis deve ser mantida em segurança e ter restrito o acesso apenas a pessoas autorizadas.

Concordo totalmente ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo ☐ Discordo parcialmente ☐ Discordo totalmente ☐ Não sei ☐

27. Um dispositivo médico é considerado estéril se se encontrar dentro do prazo de validade.

Concordo totalmente ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo ☐ Discordo parcialmente ☐ Discordo totalmente ☐ Não sei ☐

28. As embalagens estéreis podem ser armazenadas com embalagens não estéreis, desde que não se encontrem em contato.

Concordo totalmente ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo ☐ Discordo parcialmente ☐ Discordo totalmente ☐ Não sei ☐

29. Os dispositivos médicos devem ser sempre transportados em carros limpos e fechados.

Concordo totalmente ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo ☐ Discordo parcialmente ☐ Discordo totalmente ☐ Não sei ☐

30. As embalagens estéreis podem ser abertas por assistentes operacionais, desde que orientadas pelo enfermeiro(a) perioperatório(a).

Concordo totalmente ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo ☐ Discordo parcialmente ☐ Discordo totalmente ☐ Não sei ☐

31. As embalagens estéreis que são levadas para a sala operatória, caso não sejam utilizadas, não devem voltar a ser guardadas, mesmo que apresentem aparentemente condições de integridade da embalagem.

Concordo totalmente ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo ☐ Discordo parcialmente ☐ Discordo totalmente ☐ Não sei ☐

32. As embalagens estéreis podem ser manipuladas várias vezes.

Concordo totalmente ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo ☐ Discordo parcialmente ☐ Discordo totalmente ☐ Não sei ☐

33. A listagem da composição de um instrumental cirúrgico, deve ser alvo de análise cuidada pelo(a) enfermeiro(a) perioperatório(a), como garantia da integridade, funcionalidade, manutenção e quantidade dos dispositivos médicos.

Concordo totalmente ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo ☐ Discordo parcialmente ☐ Discordo totalmente ☐ Não sei ☐

34. A interpretação dos testes das embalagens estéreis, deve ser alvo de análise cuidada pelo(a) enfermeiro(a) perioperatório(a), como parte importante da manutenção da integridade, funcionalidade e manutenção dos dispositivos médicos.

Concordo totalmente ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo ☐ Discordo parcialmente ☐ Discordo totalmente ☐ Não sei ☐

35. O enfermeiro(a) perioperatório(a) é responsável por sinalizar e alertar todo e qualquer dispositivo médico que não se encontre nas condições que garantam a devida qualidade do dispositivo.

Concordo totalmente ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo ☐ Discordo parcialmente ☐ Discordo totalmente ☐ Não sei ☐

36. Os conhecimentos sobre esterilização podem influenciar diretamente a prática do(a) enfermeiro(a) perioperatório(a), relativamente ao controlo de infeção inerente os cuidados perioperatórios.”

Concordo totalmente ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo ☐ Discordo parcialmente ☐ Discordo totalmente ☐ Não sei ☐

Sexo:	
Masculino	
Feminino	

Idade:	
Entre 20 e 24 anos	
Entre 25 e 29 anos	
Entre 30 e 39 anos	
Entre 40 e 49 anos	
Mais de 50 anos	

Tempo de experiência profissional em Enfermagem:	
Menos de 2 anos	
Entre 2 e 5 anos	
Entre 6 e 10 anos	
Entre 11 e 20 anos	
Mais de 20 anos	
Tempo de experiência profissional em Bloco Operatório (incluindo outras instituições):	
Menos de 2 anos	
Entre 2 e 5 anos	
Entre 6 e 10 anos	
Entre 11 e 20 anos	
Mais de 20 anos	

Tipo de Contrato na presente instituição:	
Vínculo a tempo Inteiro	
Prestação de Serviços	

Muito Obrigado pela sua Colaboração
(Luis Miguel Martins)

APÊNDICE VI

-TABELA COM DADOS RECOLHIDOS PRÉ-FORMAÇÃO-

Questões	n (número de casos válidos)	Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Concordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente	Não sei
	%						
1. O(a) enfermeiro(a) perioperatório(a) tem um papel preponderante na garantia da qualidade dos dispositivos médicos utilizados nas cirurgias.	21	100	0	0	0	0	0
2. O controlo da infeção hospitalar deve ser uma preocupação na prática diária do enfermeiro(a) perioperatório(a).	21	100	0	0	0	0	0
3. O(a) enfermeiro(a) perioperatório(a) não tem a responsabilidade de garantir que os dispositivos médicos utilizados em cirurgia, foram descontaminados e esterilizados, bem como manuseados e acondicionados nas condições recomendadas internacionalmente.	21	0	0	5	14	81	0
4. As áreas de controlo de infeção e de esterilização, não são imprescindíveis para a garantia da prestação de cuidados de enfermagem perioperatórios de qualidade aos clientes cirúrgicos.	21	5	0	0	9	86	0
5. Dispositivos médicos contaminados, são todos os dispositivos que tenham sido expostos a um procedimento clínico.	21	28	24	24	14	10	0
6. Num processo de descontaminação de um dispositivo médico, desde que sejam limpos, não importam as recomendações do fabricante, a natureza da contaminação ou o número de reutilizações permitidas.	21	0	0	0	10	90	0
7. Os detergentes para a lavagem de dispositivos médicos, devem ser escolhidos de acordo com o tipo de dispositivo médico a lavar e descontaminar.	21	90	0	0	0	0	10
8. Os dispositivos médicos lavados em tina ultrassónica, utilizam os mesmos detergentes e sofrem o mesmo processo que uma lavagem em máquina automática, só o processo é mais rápido.	21	5	5	0	14	43	33
9. Todos os procedimentos a serem executados no Serviço Central de Esterilização, incluindo o processo de descontaminação, devem estar devidamente descritos através de protocolos e documentados através de registos.	21	86	0	14	0	0	0
10. Os registos de lavagem são um importante mecanismo de rastreabilidade dos procedimentos que envolvem a lavagem e descontaminação de cada dispositivo médico.	21	71	5	24	0	0	0

11. A limpeza de um dispositivo médico serve para retirar toda a carga microbiana do dispositivo.	21	10	10	14	24	37	5
12. O rastreio de dispositivos médicos só é necessário ser efetuado quando estes são submetidos ao processo de inspeção e preparação para esterilização.	21	0	19	0	19	52	10
13. Quanto ao processo de descontaminação de um dispositivo médico, não sendo um processo visível a “olho nu”, compete apenas ao Serviço Central de Esterilização assumir a responsabilidade pela garantia da sua qualidade até à utilização.	21	24	14	0	0	52	10
14. Compete apenas ao Serviço Central de Esterilização, assegurar a manutenção da correta funcionalidade e longevidade do dispositivo médico.	21	0	10	0	19	71	0
15. É mandatária uma inspeção que teste visualmente, funcionalmente e lubrifique um dispositivo médico antes do seu empacotamento.	21	76	19	0	5	0	0
16. Em caso de extrema necessidade pelo Bloco Operatório, pode proceder-se a uma inspeção mais rápida, podendo não se cumprir todos os passos da inspeção.	21	0	5	0	33	62	0
17. A embalagem onde se empacota/acondiciona um dispositivo médico, deve garantir a esterilidade até ao momento da utilização.	21	85	10	5	0	0	0
18. O transporte, o armazenamento e a manipulação, não influenciam diretamente a embalagem e a esterilidade do dispositivo médico.	21	0	0	0	0	100	0
19. Uma esterilização tipo “rápido” garante ao utilizador a mesma qualidade do dispositivo médico que uma esterilização normal, sendo no entanto mais rápida.	21	14	14	10	19	43	0
20. A esterilização a plasma (Sterrad®), serve para todos os dispositivos médicos, sendo mais prática ao utilizador, pois é mais rápida que a esterilização a vapor.	21	0	5	10	28	47	10
21. Em caso de extrema necessidade pelo Bloco Operatório, pode o(a) enfermeiro(a) perioperatório(a) dar as indicações de descontaminação e esterilização do dispositivo médico ao Serviço Central de Esterilização, com vista a ter o dispositivo disponível no menor espaço de tempo possível.	21	10	10	24	14	42	0
22. O Serviço Central de Esterilização deve reprocessar os dispositivos médicos, tendo principalmente em conta a necessidade do Bloco Operatório.	21	24	32	24	10	10	0
23. A rastreabilidade de um dispositivo médico comprova a sua qualidade quanto aos processos a que foi submetido, garantindo a sua eficácia e oferecendo segurança ao utilizador.	21	57	19	24	0	0	0

24. É seguro utilizar um dispositivo médico que não apresente todos os registos de rastreabilidade, desde que o utilizador tenha a certeza que o dispositivo se encontra estéril.	21	0	14	14	14	53	5
25. Um processo de esterilização corretamente controlado e validado dá a certeza de o dispositivo médico estar estéril.	21	43	19	5	28	5	0
26. A zona de armazenamento de dispositivos médicos estéreis deve ser mantida em segurança e ter restrito o acesso apenas a pessoas autorizadas.	21	85	5	10	0	0	0
27. Um dispositivo médico é considerado estéril se se encontrar dentro do prazo de validade.	21	20	33	0	14	33	0
28. As embalagens estéreis podem ser armazenadas com embalagens não estéreis, desde que não se encontrem em contacto.	21	10	19	5	19	47	0
29. Os dispositivos médicos devem ser sempre transportados em carros limpos e fechados.	21	86	0	14	0	0	0
30. As embalagens estéreis podem ser abertas por assistentes operacionais, desde que orientadas pelo enfermeiro(a) perioperatório(a).	21	5	24	5	10	56	0
31. As embalagens estéreis que são levadas para a sala operatória, caso não sejam utilizadas, não devem voltar a ser guardadas, mesmo que apresentem aparentemente condições de integridade da embalagem.	21	24	10	5	33	28	0
32. As embalagens estéreis podem ser manipuladas várias vezes.	21	0	0	10	38	52	0
33. A listagem da composição de um instrumental cirúrgico, deve ser alvo de análise cuidada pelo(a) enfermeiro(a) perioperatório(a), como garantia da integridade, funcionalidade, manutenção e quantidade dos dispositivos médicos.	21	75	10	10	5	0	0
34. A interpretação dos testes das embalagens estéreis, deve ser alvo de análise cuidada pelo(a) enfermeiro(a) perioperatório(a), como parte importante da manutenção da integridade, funcionalidade e manutenção dos dispositivos médicos.	21	90	5	5	0	0	0
35. O enfermeiro(a) perioperatório(a) é responsável por sinalizar e alertar todo e qualquer dispositivo médico que não se encontre nas condições que garantam a devida qualidade do dispositivo.	21	95	0	5	0	0	0
36. Os conhecimentos sobre esterilização podem influenciar diretamente a prática do(a) enfermeiro(a) perioperatório(a), relativamente ao controlo de infeção inerente os cuidados perioperatórios.”	21	100	0	0	0	0	0

APÊNDICE VII

-CRONOGRAMA DO ESTÁGIO-

CRONOGRAMA ESTÁGIO

MESES	SETEMBRO				OUTUBRO				NOVEMBRO				DEZEMBRO				JANEIRO				FEVEREIRO					MARÇO				
	1ª SEMANA	2ª SEMANA	3ª SEMANA	4ª SEMANA	1ª SEMANA	2ª SEMANA	3ª SEMANA	4ª SEMANA	1ª SEMANA	2ª SEMANA	3ª SEMANA	4ª SEMANA	1ª SEMANA	2ª SEMANA	3ª SEMANA	4ª SEMANA	1ª SEMANA	2ª SEMANA	3ª SEMANA	4ª SEMANA	1ª SEMANA	2ª SEMANA	3ª SEMANA	4ª SEMANA	1ª SEMANA	2ª SEMANA	3ª SEMANA	4ª SEMANA	TOTAL HORAS	ESTÁGIO
ESTÁGIO		15 HORAS (3h p/dia), 2ª a 6ª)	15 HORAS (3h p/dia), 2ª a 6ª)	15 HORAS (3h p/dia), 2ª a 6ª)	15 HORAS (3h p/dia), 2ª a 6ª)	15 HORAS (3h p/dia), 2ª a 6ª)	15 HORAS (3h p/dia), 2ª a 6ª)	15 HORAS (3h p/dia), 2ª a 6ª)	PAUSA LETIVA	15 HORAS (3h p/dia), 2ª a 6ª)	15 HORAS (3h p/dia), 2ª a 6ª)	15 HORAS (3h p/dia), 2ª a 6ª)	15 HORAS (3h p/dia), 2ª a 6ª)	15 HORAS (3h p/dia), 2ª a 6ª)	15 HORAS (3h p/dia), 2ª a 6ª)	15 HORAS (3h p/dia), 2ª a 6ª)	15 HORAS (3h p/dia), 2ª a 6ª)	15 HORAS (3h p/dia), 2ª a 6ª)	15 HORAS (3h p/dia), 2ª a 6ª)	15 HORAS (3h p/dia), 2ª a 6ª)	15 HORAS (3h p/dia), 2ª a 6ª)	15 HORAS (3h p/dia), 2ª a 6ª)	15 HORAS (3h p/dia), 2ª a 6ª)	15 HORAS (3h p/dia), 2ª a 6ª)	15 HORAS (3h p/dia), 2ª a 6ª)	15 HORAS (3h p/dia), 2ª a 6ª)	15 HORAS (3h p/dia), 2ª a 6ª)	15 HORAS (3h p/dia), 2ª a 6ª)	360 HORAS	

APÊNDICE VIII

-CRONOGRAMA DO PROJETO-

CRONOGRAMA DO PROJETO

MESES	SETEMBRO				OUTUBRO				NOVEMBRO				DEZEMBRO				JANEIRO				FEVEREIRO				MARÇO					
	1ª SEMANA	2ª SEMANA	3ª SEMANA	4ª SEMANA	1ª SEMANA	2ª SEMANA	3ª SEMANA	4ª SEMANA	1ª SEMANA	2ª SEMANA	3ª SEMANA	4ª SEMANA	1ª SEMANA	2ª SEMANA	3ª SEMANA	4ª SEMANA	1ª SEMANA	2ª SEMANA	3ª SEMANA	4ª SEMANA	1ª SEMANA	2ª SEMANA	3ª SEMANA	4ª SEMANA	1ª SEMANA	2ª SEMANA	3ª SEMANA	4ª SEMANA		
ATIVIDADES																														
Diagnóstico de Situação	PAUSA LETIVA							PAUSA LETIVA									PAUSA LETIVA													
Elaboração de Estratégias de Intervenção																														
Pesquisa Bibliográfica																														
Obj. Especifico 1																														
Obj. Especifico 2																														
Avaliação do Plano de Intervenção																														
Elaboração do Relatório																														

APÊNCIDE IX

-PLANEAMENTO DO PROJETO-

Planeamento do Projeto

Estudante: Luís Miguel Martins	Orientador Professora Doutora CF
Instituição: Hospital X	Serviço: Bloco Operatório
Título do Projeto: Formação da equipa de enfermagem do BO do hospital X relativamente ao reprocessamento e esterilização de DM e aplicação de um plano de formação adequado à temática.	
<p>Objetivos (geral específicos, centrados na resolução do problema. Os objetivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo, <u>já discutidos com o professor e o orientador</u>):</p> <p><u>OBJETIVO GERAL:</u></p> <p>Melhorar a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa submetida a cirurgia no Bloco Operatório do Hospital X.</p> <p><u>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</u></p> <p>Garantir um correto controlo de infeção associado à manipulação e utilização dos DM utilizados no BO do hospital x;</p> <p>Contribuir para a formação dos enfermeiros relativamente aos métodos de reprocessamento e esterilização de DM;</p> <p>Avaliar o processo de formação dos enfermeiros relativamente aos métodos de reprocessamento e esterilização de DM.</p>	

Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção (chefia direta, orientador, outros elementos da equipa, outros profissionais, outros serviços)

Enf. Diretor JS (orientador do estágio)

Equipa de Enfermagem do Bloco Operatório do Hospital X

Data: 15/11/2013 Assinatura: Luís Miguel Martins

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
1. Contribuir para a formação dos enfermeiros relativamente aos métodos de reprocessamento e esterilização de DM;	Pesquisa bibliográfica sobre métodos de reprocessamento de DM; Elaboração de um plano de formação enquadrado na temática Divulgação da sessão de formação Realização de uma formação com os seguintes conteúdos programáticos: ✓ Definição de Serviço Central de Esterilização ✓ Estrutura Física do SCE ✓ Procedimentos do SCE <ul style="list-style-type: none"> ○ Recepção e Triagem ○ Lavagem <ul style="list-style-type: none"> ▪ Descontaminação ▪ Detergentes e Validação de Lavagem 	Professora Cândida Ferrito Enf. Jorge Sousa Equipa de Enfermagem do BO do Hospital X	✓ Material de apoio informático	De 25 de novembro de 2013 a 31 de janeiro de 2014	✓ Discussão e comentários do enfermeiro orientador, da docente, da equipa de enfermagem do BO do Hospital X ✓ Interesse da equipa de enfermagem do BO do Hospital X na formação ✓ Participação da equipa de enfermagem do BO do Hospital X na formação

<p>2. Avaliar o processo de formação dos enfermeiros relativamente aos métodos de reprocessamento e esterilização de DM.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Secagem <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inspeção ○ Empacotamento <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tipos de Embalagem ▪ Técnicas de Empacotamento ○ Esterilização <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tipos de Esterilização <ul style="list-style-type: none"> • Esterilização a Vapor • Esterilização a Plasma (Baixa temperatura) ▪ Validação dos Processos de Esterilização <p>✓ Rastreabilidade</p> <p>✓ Manutenção da Esterilidade e condições de Armazenamento de material Estéril</p>	<p>Professora Cândida Ferrito</p> <p>Enf. Jorge Sousa</p> <p>Equipa de Enfermagem do BO do Hospital X</p>	<p>✓ Material de apoio informático</p> <p>✓ Material de apoio de utilização em esterilização (i.e. mangas, indicadores, testes, entre outros)</p> <p>✓ DM reutilizáveis</p>	<p>De 01 de fevereir o de 2014 a 08 de março de 2014</p>	<p>✓ Avaliação pós- formação</p> <p>✓ Observação direta da equipa de enfermagem do BO do Hospital X no período pós-formação</p>
Cronograma					

MESES	SETEMBRO				OUTUBRO				NOVEMBRO				DEZEMBRO				JANEIRO				FEVEREIRO				MARÇO					
	1ª SEMANA	2ª SEMANA	3ª SEMANA	4ª SEMANA	1ª SEMANA	2ª SEMANA	3ª SEMANA	4ª SEMANA	1ª SEMANA	2ª SEMANA	3ª SEMANA	4ª SEMANA	1ª SEMANA	2ª SEMANA	3ª SEMANA	4ª SEMANA	1ª SEMANA	2ª SEMANA	3ª SEMANA	4ª SEMANA	1ª SEMANA	2ª SEMANA	3ª SEMANA	4ª SEMANA	1ª SEMANA	2ª SEMANA	3ª SEMANA	4ª SEMANA		
ATIVIDADES																														
Diagnóstico de Situação	PAUSA LETIVA							PAUSA LETIVA									PAUSA LETIVA													
Elaboração de Estratégias de Intervenção																														
Pesquisa Bibliográfica																														
Obj. Especifico 1 Contribuir para a formação dos enfermeiros relativamente aos métodos de reproprocessamento e esterilização de DM;																														
Obj. Especifico 2 Avaliar o processo de formação dos enfermeiros relativamente aos métodos de reproprocessamento e esterilização de DM.																														
Avaliação do Plano de Intervenção																														
Elaboração do Relatório																														

Orçamento:

O orçamento previsto para este Projeto, estima-se que será cerca de 300€, considerando os investimento nos seguintes recursos:

Tinteiros para impressora

Três resmas de papel

Combustível para deslocações

Alimentação

Recursos Humanos:

Não serão necessários recursos humanos além dos eue já foram referidos anteriormente

Recursos Materiais:

Material de apoio informático

Material didático/brochuras para distribuição aos enfermeiros

Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:

Eventual impossibilidade de reunir toda a equipa de enfermagem numa só formação; desta forma pretendo agendar a formação, considerando 2 grupos de enfermeiros, de acordo com a disponibilidade dos mesmos.

Data 15/11/2013

Assinatura: Luís Miguel Martins Docente: Cândida Ferito

APÊNDICE X

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

- Reprocessamento de Material Cirúrgico Reutilizável e Armazenamento de Material Esterilizado-

PLANO DE SESSÃO – Enfermeiro Luís Miguel Martins

1 – IDENTIFICAÇÃO DA AÇÃO

Tema: Formação da Equipa de Enfermagem relativamente ao Reprocessamento de Dispositivos Médicos (DM)

Destinatários: Enfermeiros Perioperatórios.

Duração da Sessão: 6 horas.

2 – OBJETIVO GERAL

No final da Sessão, os formandos deverão ser capazes de demonstrar a aquisição de competências na área de Reprocessamento de Material Cirúrgico Reutilizável e Armazenamento de Material Esterilizado.

3 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS

No final da Sessão os formandos deverão ser capazes de:

- Descrever corretamente as diferentes zonas de um Serviço Central de Esterilização (SCE)
- Reconhecer a importância da lavagem dos Dispositivos Médicos (DM's)
- Descrever os procedimentos de descontaminação dos DM's
- Reconhecer a importância da inspeção dos DM's e os diferentes materiais de empacotamento
- Descrever os tipos de esterilização e suas aplicações
- Enunciar os cuidados a ter na manipulação e armazenamento de material estéril
- Identificar os equipamentos utilizados num SCE
- Compreender a importância da rastreabilidade dos DM's

4 – PRÉ-REQUISITO

Os formandos, como pré-requisitos prévios para a formação, deverão dominar alguns dos conceitos esterilização, lecionados no curso de Enfermagem.

5 – MATERIAIS E EQUIPAMENTOS A UTILIZAR

- Computador (apresentação PowerPoint)
- Projetor
- Filmes pedagógicos
- Canetas
- Enunciados de Testes de avaliação sumativa
- “*Flipchart*”
- Marcadores
- Outros: Instrumentos cirúrgicos reutilizáveis, diferentes tipos de embalagens para instrumentos cirúrgicos reutilizáveis.

CONTÉUDOS

- Definição de Serviço Central de Esterilização
- Estrutura Física do SCE
- Procedimentos do SCE
 - Recepção e Triagem
 - Lavagem
 - Descontaminação
 - Detergentes e Validação de Lavagem
 - Secagem
 - Inspeção

- Empacotamento
 - Tipos de Embalagem
 - Técnicas de Empacotamento
- Esterilização
 - Tipos de Esterilização
 - Esterilização a Vapor
 - Esterilização a Plasma (Baixa temperatura)
 - Validação dos Processos de Esterilização
- Rastreabilidade
- Manutenção da Esterilidade e condições de Armazenamento de material Estéril

METODOLOGIA

- Método expositivo, conjugado com o método interrogativo
- Método demonstrativo
- Método ativo

AVALIAÇÃO

- **Formativa:** Questões aos participantes;
- **Sumativa:** Aplicação do questionário elaborado para o Projeto: *“Necessidades de Formação da equipa de enfermagem do BO relativamente ao reprocessamento e esterilização de DM”*.

Princípios de Esterilização para Enfermeiros

Luís Miguel Martins – Enf. Bloco Operatório e Serviço Central de Esterilização
Hospital de

1

Objectivos da Formação

Descrever correctamente as diferentes zonas de um Serviço Central de Esterilização (SCE)

Reconhecer a importância da lavagem dos Dispositivos Médicos (DM's)

Descrever os procedimentos de descontaminação dos DM's

Reconhecer a importância da inspecção dos DM's e os diferentes materiais de empacotamento

2

Objectivos da Formação

Descrever os tipos de esterilização e suas aplicações

Enunciar os cuidados a ter na manipulação e armazenamento de material estéril

Identificar os equipamentos utilizados num SCE

Compreender a importância da rastreabilidade dos DM's

Reconhecer a importância dos enfermeiros e AAM na articulação com o SCE

3

Conceito do SCE

“ O Serviço Central de Esterilização (SCE) é uma unidade orgânico-funcional de apoio clínico, dotada de autonomia técnica, de recursos humanos e materiais próprios, de forma a realizar, centralizadamente, isto é, para todos os serviços do Estabelecimento de Saúde, as actividades inerentes ao processo global dos dispositivos médicos (DM) reutilizáveis, quer sejam desinfetados ou esterilizados.”

In Manual de Normas e Procedimentos para um Serviço Central de Esterilização

4

Finalidades do SCE

Assegurar o processamento de todos os DM reutilizáveis necessários à prestação de cuidados ao cliente

Assegurar a distribuição dos DM, descontaminados ou esterilizados aos serviços utilizadores (SU)

Promover as ações necessárias à correta circulação, armazenamento e utilização dos DM descontaminados ou esterilizados

Colaborar com a Comissão de Controlo de Infecção e formação dos profissionais de saúde

Estas finalidades assentam em normas que garantam a qualidade técnica e a otimização de recursos.

In Manual de Normas e Procedimentos para um Serviço Central de Esterilização

Funções do SCE

Recolha e transporte de DM contaminados e processados

Lavagem, desinfeção e inspeção dos DM reutilizáveis

Esterilização e armazenamento de alguns DM processados no SCE

Distribuição do material processado (conforme política em vigor em cada unidade)

Não compete ao SCE

- Reparação de Instrumentos Cirúrgicos

In Manual de Normas e Procedimentos para um Serviço Central de Esterilização

Estrutura Física do SCE

A concepção e estrutura de um SCE deve permitir sempre o cumprimento das Boas Práticas Recomendadas!...

... Regras de acesso claramente definidas



... Devidamente assinaladas



... Medidas de protecção devidamente impostas aos visitantes e praticadas pelos profissionais

7

Estrutura Física do SCE

O chão deve ser antiderrapante

Superfícies resistentes a produtos químicos, impermeáveis e de fácil limpeza

Bancadas em inox

Mobiliário robusto e ergonómico



Estrutura Física do SCE

Zona Suja

- Descontaminação
- Lavagem



Zona Limpa

- Inspeção
- Embalagem
- Esterilização
- Armazenamento



9

Estrutura Física do SCE

Zona Suja

Área Pressão (-)

Humidade e
Temperatura
Controlada

Zona Limpa

Área Pressão (+)

Humidade e
Temperatura
Controlada

Renovações de Ar



10

Estrutura Física do SCE

Recepção e Triagem

- Recepção dos DM's reutilizáveis contaminados
- Verificação de possíveis faltas na composição inicial do conjunto
- Identificação e triagem de material, de acordo com o processo de tratamento

Lavagem

- Remoção de sujidade visível, bem como invisível
- Preparação dos DM's para a sua desinfecção e/ou esterilização

Secagem

- Garantir a ausência de proliferação e desenvolvimento microbiano

11

Procedimentos do SCE

Precauções Básicas



Lavagem das Mãos

Utilização de Equipamento de Protecção Individual (EPI)

12

Procedimentos do SCE

Lavagem das Mãos

Procedimento que se destina a remover a colonização das mãos através de lavagem ou desinfecção.

Lavar as mãos para quê??

Eliminar microrganismos transitórios, quebrando a cadeia das infecções cruzadas



Procedimentos do SCE

Utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI)



Procedimentos do SCE

DM de risco biológico

Material utilizado numa situação clínica e que se suspeite estar potencialmente contaminado com “agentes patogénicos”

Deve ser considerado como de Risco biológico e requer condições especiais em relação a manuseamento, transporte e subsequente tratamento.

15

Procedimentos do SCE

Microrganismos

- Bactérias
- Vírus
- Fungos
- Priões



Procedimentos do SCE

Descontaminação

Processo que remove ou destrói a contaminação impedindo que microrganismos e outros contaminantes atinjam um local suscetível em quantidade suficiente para iniciar uma infecção ou uma reação nociva.



Procedimentos do SCE

Descontaminação

Descontaminação ≠ Esterilização

Spaulding (1968) estabeleceu 3 categorias:

- Artigos Críticos (ex. DM cirúrgicos)
- Artigos Semi-críticos (ex. DM de anestesia)
- Artigos não críticos



Procedimentos do SCE

Acondicionamento: Todos os DM usados nos doentes devem ser considerados contaminados, independentemente de se conhecer ou não o diagnóstico do doente.

Manusear os instrumentos com suavidade
Evitar atirar, deixar cair e colocar sobre objetos pesados
Não amontoar os instrumentos dentro das caixas.
Manter os instrumentos livres de matéria orgânica, durante e após cirurgia
Contar os instrumentos após cirurgia
Acondicionar corretamente os DM usados
Notificar o SCE dos DM a tratar.

19

Procedimentos do SCE

Transporte / Procedimento:

Os riscos de danos nos DM são mínimos se:

Forem convenientemente protegidos e acondicionados para o transporte
O transporte se fizer de forma segura por funcionários com formação
O contentor for transportado fechado
Houver responsabilização dos funcionários de ambos os serviços.

20

Procedimentos do SCE

Descontaminação



Desinfetantes de Alto nível: destruição de microrganismos, incluindo bacilo da tuberculose, com exceção de endosporos bacterianos (nestes últimos depende a concentração e tempo de exposição ao agente desinfetante)

Desinfetantes de Baixo nível: destruição de bactérias vegetativas e fungos

Desinfetantes Intermédios: Inativação do bacilo da tuberculose

21

LIMPEZA, DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS

Requisitos dos Detergentes utilizados:

Rápida e total remoção da matéria orgânica, mesmo seca

Grande capacidade de emulsão e dispersão da sujidade

Escassa formação de espuma

Não agressivo para os DM

Neutralizador de substâncias químicas e compatível com biocidas dos processos térmicos-químicos

Não tóxico e não formar depósito nos DM lavados

Procedimentos do SCE

Detergentes

Neutros: menos coeficiente de limpeza dos resíduos secos

Alcalinos: indicado para a remoção de sujidade orgânica mas de difícil enxaguamento e corrosivo para alumínio e operador

Enzimáticos: reforçam o poder de limpeza <60 graus celsius, mas são afetados pelo tempo de contacto, pH e temperatura



23

LIMPEZA, DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS

Detergentes

Alcalinos

- + Remoção orgânica
- + Remoção proteínas
- - Difícil enxaguamento
- - Corrosivo p/ alumínio

Enzimáticos

- + Reforço processo de limpeza
- - Afetados pelo pH e temperatura
- - Tempo de contacto

24

LIMPEZA, DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS

Validação do processo de lavagem

Testes de lavagem

Validação do processo de lavagem
EN ISO 15883 - 1

25

Procedimentos do SCE

Para termos dispositivos Seguros

- Isentos de contaminação microbiana
- Isentos de resíduos químicos em quantidade que seja prejudicial para a saúde



LIMPEZA, DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS

O reprocessamento de instrumentos cirúrgicos pós-cirurgia envolve quatro passos fundamentais:

Lavagem, Secagem, Empacotamento e Esterilização

LAVAGEM

Remoção da sujidade visível, bem como da sujidade invisível, preparando os DM para o manuseamento seguro

Preparação dos DM para o processo de desinfecção e/ou esterilização

LIMPEZA, DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS

O método do processo de limpeza deve assegurar a eficácia do mesmo, sem dano para o DM a lavar. A lavagem pode ser realizada por:



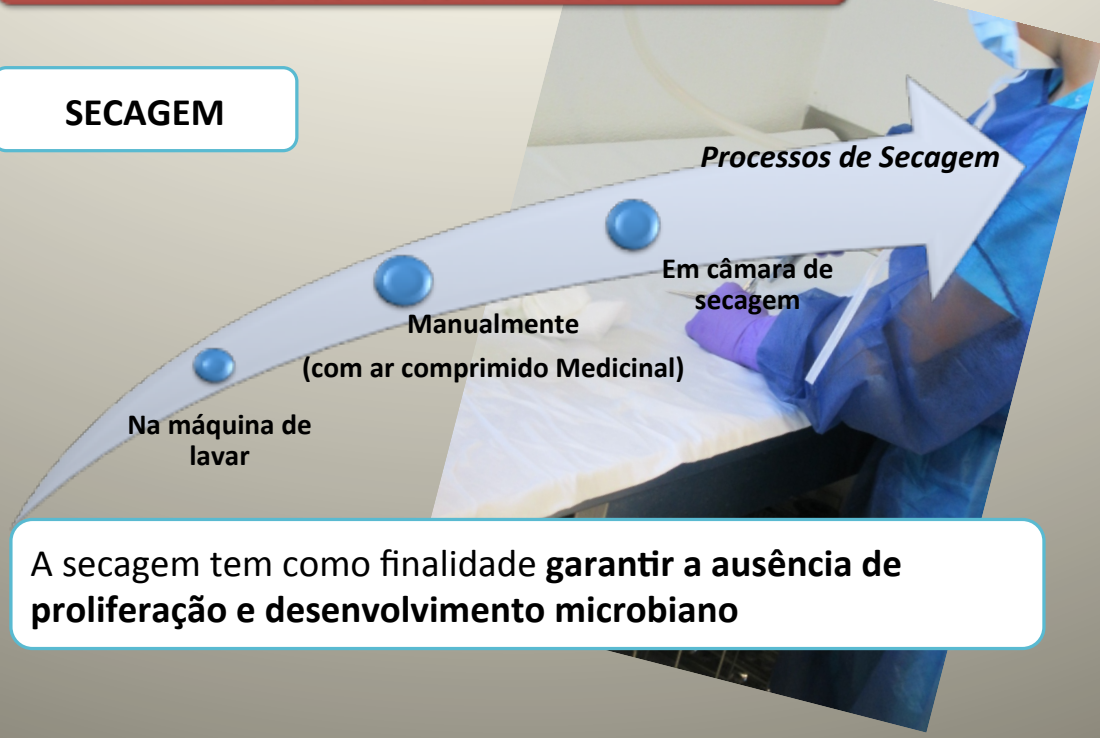
*Máquina de lavar /
desinfecção
térmico-química*



*Máquinas de
lavar
ultrasónicas*

LIMPEZA, DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS

SECAGEM



A secagem tem como finalidade **garantir a ausência de proliferação e desenvolvimento microbiano**

LIMPEZA, DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS

Inspeção

A inspeção consiste na observação do estado de limpeza e funcionamento dos dispositivos

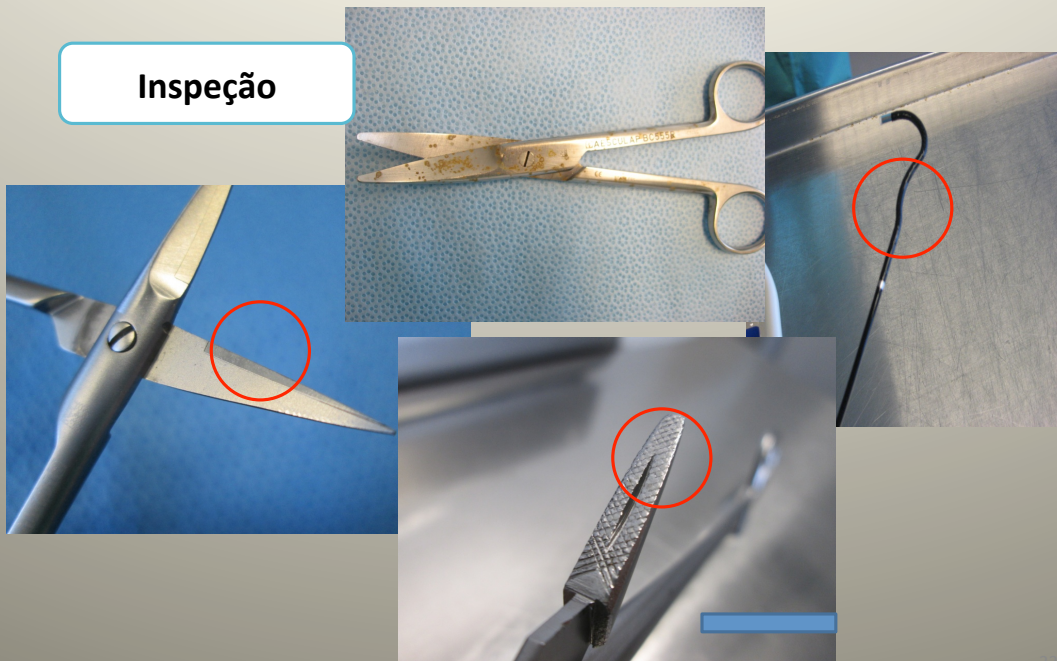
Devem ser inspecionados, os DM reutilizáveis e DM de uso único, fornecidos não estéreis, como as compressas

O exame visual verifica as condições de limpeza, a presença de todos os componentes e a existência de sinais de desgaste

A área onde se efetua a inspeção deve ser bem iluminada e haver disponível acessórios como por exemplo, lupas, para se proceder à inspeção

LIMPEZA, DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS

Inspeção



33

LIMPEZA, DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS



34

Processos de Esterilização

O processo de esterilização:

- Crítico
- Bem definido
- Repetitivo
- “especial”
- Caro

O Cliente exige o DM:

- Esterilizado eficazmente
- Com funcionalidade mantida e verificada
- Embalado de forma correcta e segura
- Bem identificado e etiquetado

35

LIMPEZA, DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS

EMPACOTAMENTO

O empacotamento destina-se a constituir uma barreira contra a contaminação; é indispensável que os DM sejam adequadamente colocados em embalagem aprovada de “grau médico” e de acordo com os requisitos da EN 868, Norma ISO 11607.

À área de empacotamento exige-se o maior rigor das condições ambientais, que devem estar documentadas e ser controladas periodicamente.

36

LIMPEZA, DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS

EMPACOTAMENTO

Objetivo - Sistema de Embalagem

Permitir a esterilização;

Fornecer uma barreira microbiciada aceitável;

Dar proteção física;

Manter a esterilidade até ao momento da utilização;

Permitir a apresentação assética.

37

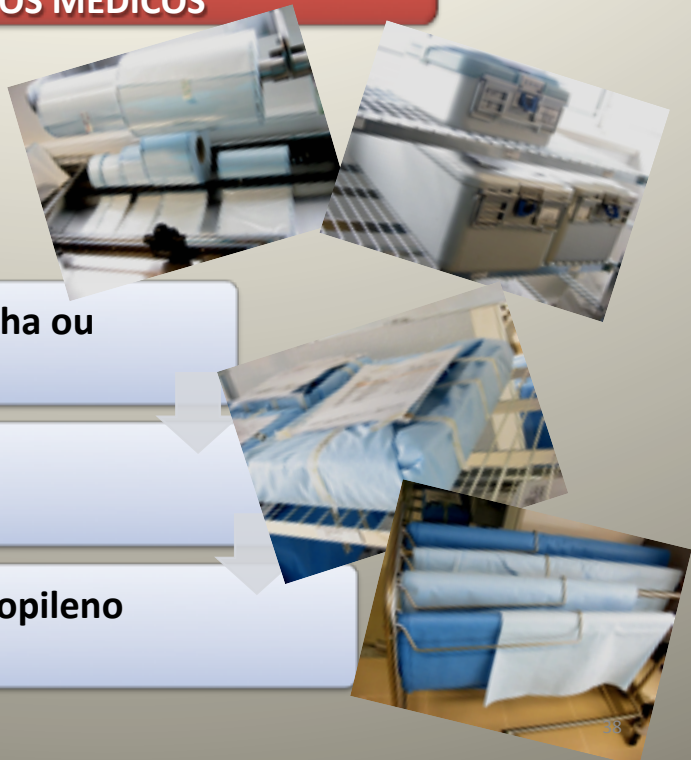
LIMPEZA, DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS

EMPACOTAMENTO

Polipropileno (bolsa, folha ou manga)

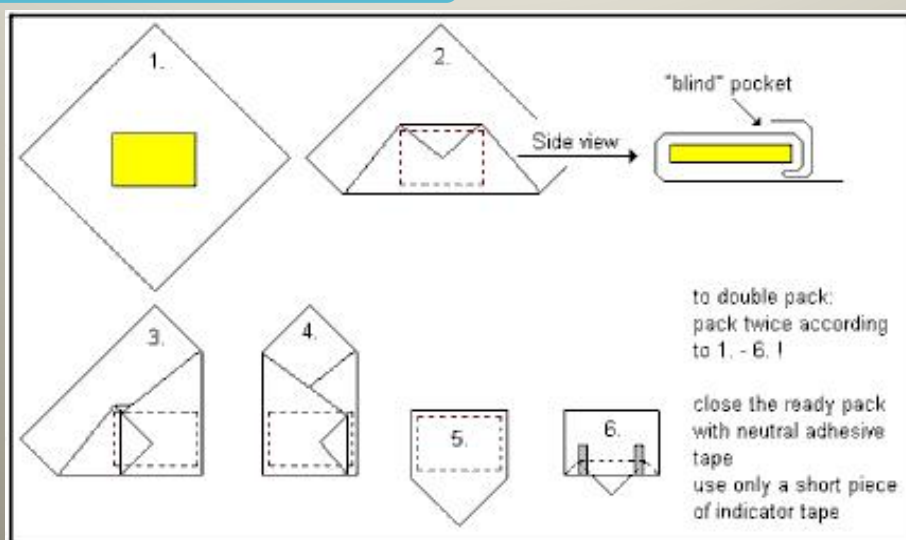
Contentores Rígidos
(plástico ou metal)

Película de Polipropileno
(bolsa ou manga)



LIMPEZA, DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS

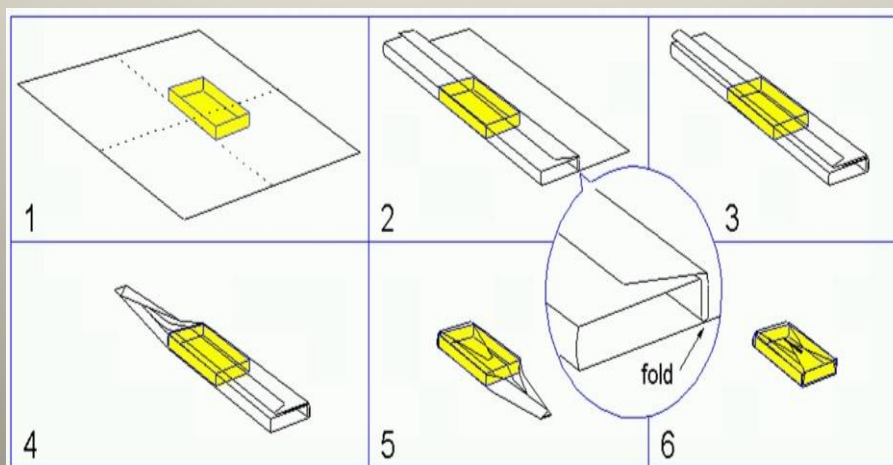
EMPACOTAMENTO - Envelope



39

LIMPEZA, DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS

EMPACOTAMENTO - Horizontal



40

LIMPEZA, DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS

EMPACOTAMENTO



41

LIMPEZA, DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS



42

LIMPEZA, DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS

ESTERILIZAÇÃO

Após a embalagem, os DM são sujeitos ao processo de esterilização.

O objectivo do processo de esterilização é inactivar os contaminantes microbiológicos e, desse modo, transformar os produtos não estéreis em produtos estéreis.

43

ESTERILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS

ESTERILIZAÇÃO

“A esterilização é considerada um processo especial, uma vez que os resultados não podem ser observados por inspeção e ensaios posteriores.”

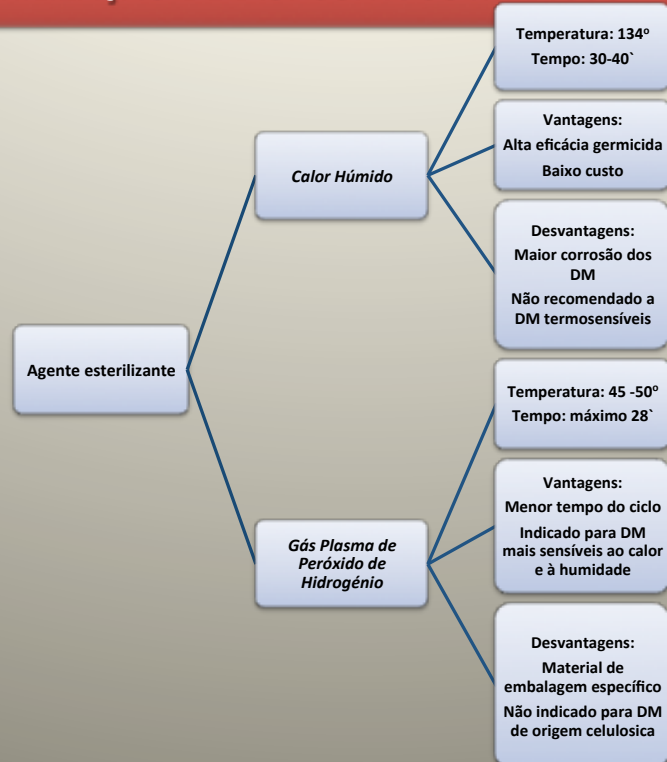
NP EN 556

Um produto pode ser considerado estéril, quando está presente um nível teórico, de não mais do que 1 microrganismo vivo em 1×10^6 unidades esterilizadas

NP EN 556

44

ESTERILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS



45

ESTERILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS

ESTERILIZAÇÃO A VAPOR

Contacto
Temperatura
Tempo
Humidade

O material não deve ser retirado da câmara antes da temperatura da câmara baixar para os 80°C

Não colocar os materiais sobre superfícies frias

Um esterilizador deficientemente higienizado liberta partículas durante o ciclo para o interior da câmara, originando a presença de gases não condensáveis e consequentemente compromete o processo de esterilização

46

ESTERILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS

ESTERILIZAÇÃO A VAPOR

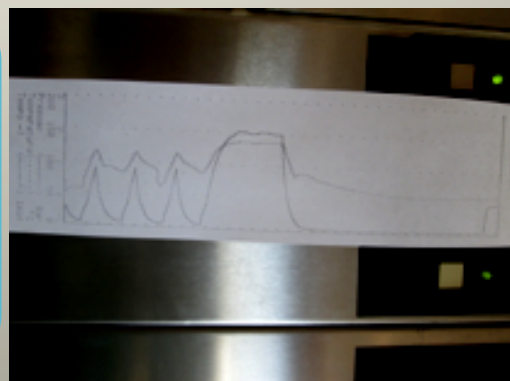
Controlo do Processo

Registo do esterilizador (gráfico ou “printer”)

Referência ao resultado do teste Bowie –Dick

Registo da temperatura e pressão

Ciclo de esterilização selecionado



47

ESTERILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS

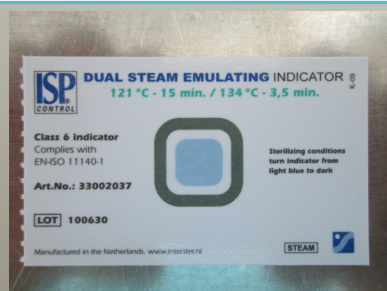
ESTERILIZAÇÃO A VAPOR

Controlo do Processo

Nome ou código do operador

Descrição ou código da carga esterilizada

Registo dos restantes testes utilizados.



48

ESTERILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS

ESTERILIZAÇÃO A VAPOR

Controlo do Processo

HOSPITAL DE SANTIAGO

Serviço Control de Esterilização

Esterilização a Vapor

Data: 3 / 9 / 19

Estérilizador	Nº Cid	Programa	Indicador Classe II	Função
8-14	5818	1- Bow - Dick 2- 121° 3- 134° 4- Rápido 5- Instrumental	KP Dual Emulating Indicator 121° - 15 min / 134° - 15 min	Programa Valido
9-13	5819	1- Bow - Dick 2- 121° 3- 134° 4- Rápido 5- Instrumental	KP Dual Emulating Indicator 121° - 15 min / 134° - 15 min	Programa Valido
10-21	5820	1- Bow - Dick 2- 121° 3- 134° 4- Rápido 5- Instrumental	KP Dual Emulating Indicator 121° - 15 min / 134° - 15 min	Programa Valido
11-14	5821	1- Bow - Dick 2- 121° 3- 134° 4- Rápido 5- Instrumental	KP Dual Emulating Indicator 121° - 15 min / 134° - 15 min	Programa Valido
12-10	5822	1- Bow - Dick 2- 121° 3- 134° 4- Rápido 5- Instrumental	KP Dual Emulating Indicator 121° - 15 min / 134° - 15 min	Programa Valido
13-02	5823	1- Bow - Dick 2- 121° 3- 134° 4- Rápido 5- Instrumental	KP Dual Emulating Indicator 121° - 15 min / 134° - 15 min	Programa Valido
15-30	5824	1- Bow - Dick 2- 121° 3- 134° 4- Rápido 5- Instrumental	KP Dual Emulating Indicator 121° - 15 min / 134° - 15 min	Programa Valido
16-11	5825	1- Bow - Dick 2- 121° 3- 134° 4- Rápido 5- Instrumental	KP Dual Emulating Indicator 121° - 15 min / 134° - 15 min	Programa Valido

ESTERILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS

ESTERILIZAÇÃO PLASMA (BAIXA TEMPERATURA)

Indicado para DM sensíveis a temperatura e humidade

Libertação paramétrica da carga

Prolonga o tempo de vida dos instrumentos

O ciclo cancela perante uma anomalia

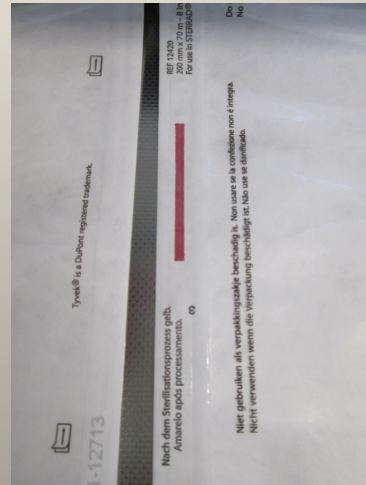
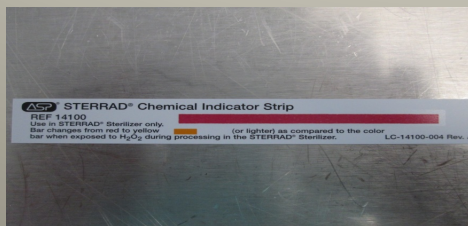


ESTERILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS

ESTERILIZAÇÃO PLASMA (BAIXA TEMPERATURA)

Sem indicação para produtos de origem
celulósica

Material embalagem especial



51

ESTERILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS

ESTERILIZAÇÃO PLASMA (BAIXA TEMPERATURA)

Controlo do Processo



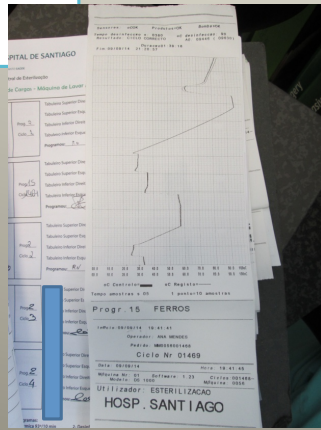
HOSPITAL DE SANTIAGO Serviço Central de Esterilização									
Esterilização Peróxido de Hidrogénio									
Processo	Nº Ciclo	Programa	Resultado	Método de controle	Funcionário	Validou	Teste Biológico		
09/02/14	2133	1	Valido	Programa H2O2					
10/02/14	2134	2	Valido	Programa H2O2					
11/02/14	2135	1	Valido	Programa H2O2					
12/02/14	2136	2	Valido	Programa H2O2					
13/02/14	2137	1	Valido	Programa H2O2					
14/02/14	2138	2	Valido	Programa H2O2					
15/02/14	2139	1	Valido	Programa H2O2					
16/02/14	2140	2	Valido	Programa H2O2					
17/02/14	2141	1	Valido	Programa H2O2					
18/02/14	2142	2	Valido	Programa H2O2					
TESTES PARAMÉTRICOS									
Programas: 1 - Ciclo Padrão 2 - Ciclo Avançado									

52

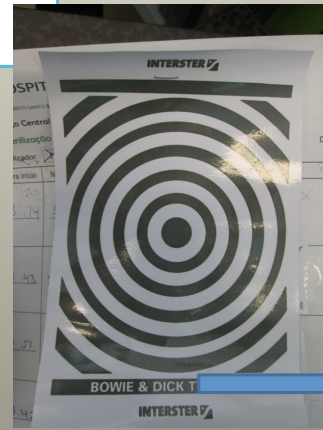
VALIDAÇÃO DOS PROCESSOS

Procedimento documentado para obtenção, registo e interpretação dos dados necessários para evidenciar que um processo está em conformidade com as especificações pré-determinadas. NP EN 554

Físicos



Químicos



VALIDAÇÃO DOS PROCESSOS

Procedimento documentado para obtenção, registo e interpretação dos dados necessários para evidenciar que um processo está em conformidade com as especificações pré-determinadas. NP EN 554

Biológicos



RASTREABILIDADE

Segundo os padrões internacionais (ISO 8402), rastreabilidade é definida como a habilidade de descrever a história, aplicação, processos ou eventos e localização, de um produto, a uma determinada organização, por meios de registos e identificação.

É um sistema de informação sobre todos os produtos ou lotes de produtos em todas as etapas de produção, processamento e distribuição, proporcionando assim a capacidade de podermos determinar a origem e os caminhos percorridos pelo mesmo.

Este sistema possibilita identificar qualquer possível problema com determinado DM e em qual etapa de produção, processamento ou distribuição o problema ocorreu.

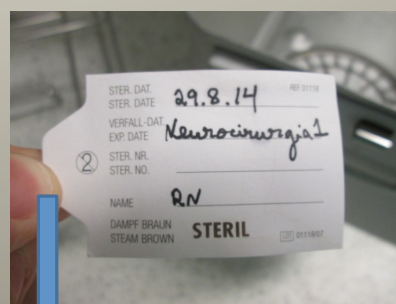
55

RASTREABILIDADE

OBJETIVO

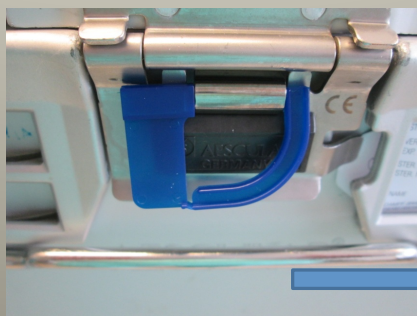
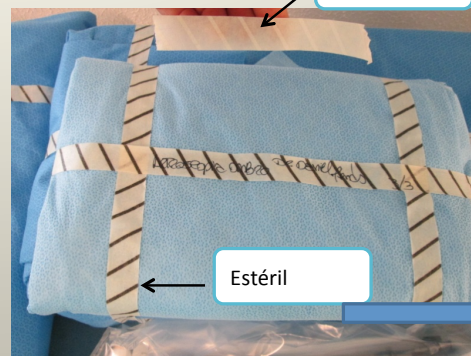
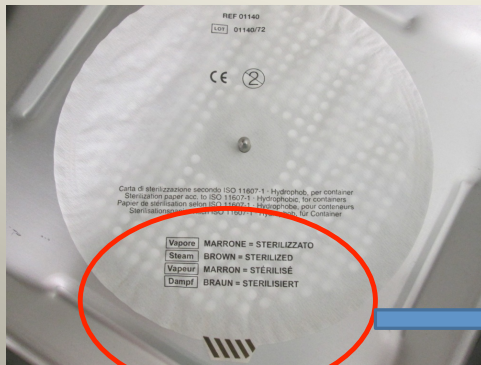
Comprovar a qualidade dos processos, procedimentos e produtos, garantindo a eficácia dos mesmos, oferecer maior segurança e confiança ao consumidor.

Exemplo de Etiquetas não Informatizadas



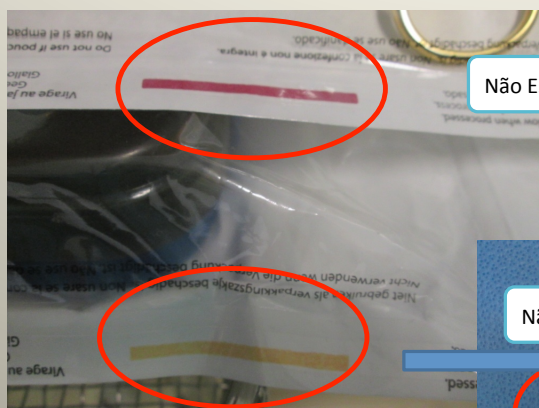
56

RASTREABILIDADE



59

RASTREABILIDADE



Não Estéril

Estéril



Não Estéril

Estéril

60

MANUTENÇÃO DA ESTERILIDADE

OBJETIVO

Garantir a esterilidade da embalagem aquando da sua utilização

Pretende-se que ao utilizar uma embalagem estéril, estejamos a utilizar DM isentos de microrganismos viáveis numa embalagem rotulada como estéril.

NP EN 556

61

MANUTENÇÃO DA ESTERILIDADE

O acondicionamento de DM esterilizados obedece também a regras com vista a manter o rigor de todo o processo de esterilização. Assim sendo, os DM esterilizados devem ser acondicionados em armazém próprio para o efeito.

As embalagens estéreis devem ser acondicionadas em estantes abertas e afastados de locais com:

- Grande movimentação de ar
- Tráfego de pessoas
- Fontes de calor e humidade

O local onde se armazena DM esterilizados deve ser mantido limpo e seco e os DM armazenados no mínimo a 25cm do chão e, pelo menos, 5cm da parede

Os recipientes de acondicionamento de DM estéreis devem possuir as dimensões adequadas ao correcto acondicionamento e tanto recipientes como embalagens estéreis não devem ser armazenados juntos de embalagens não estéreis

Manutenção dos prazos de validade dos DM

- Qualidade da barreira do material de empacotamento
- Condições de armazenamento
- Condições de transporte
- Práticas de manuseamento

62

MANUTENÇÃO DA ESTERILIDADE

O acondicionamento de DM esterilizados obedece também a regras com vista a manter o rigor de todo o processo de esterilização. Assim sendo, os DM esterilizados devem ser acondicionados em armazém próprio para o efeito.

TIPO DE EMPACOTAMENTO	Tipo de Armazenamento	
	Estante	Armário fechado
Simple	24h	6 semanas
Duplo	6 semanas	6 meses
Contentor Rígido	6 meses	1 ano

Norma DIN 58953

63

MANUTENÇÃO DA ESTERILIDADE



64

MANUTENÇÃO DA ESTERILIDADE



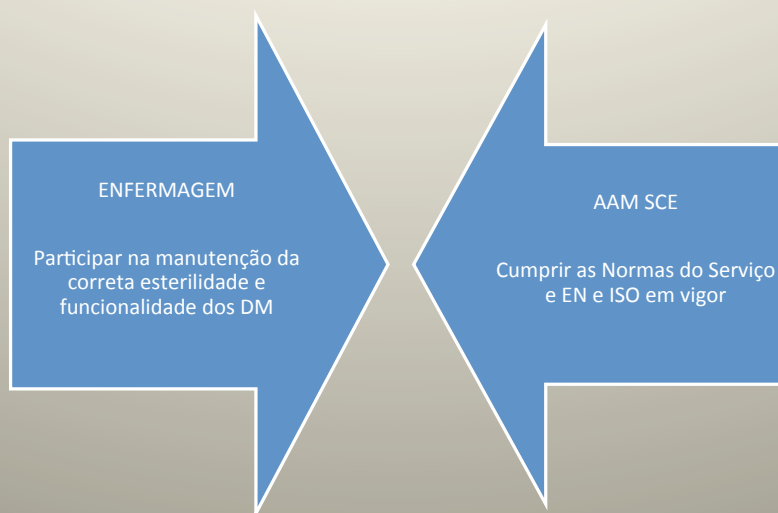
65

MANUTENÇÃO DA ESTERILIDADE



66

RELAÇÃO ENTRE BLOCO OPERATÓRIO E SCE



67

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Manual de Normas e Procedimentos para um serviço central de esterilização em estabelecimentos de saúde. DGS, 2001
- EN ISO 15883-1
- EN 868
- ISO 8402
- ISO 11607
- Norma DIN 58953
- NP EN 554
- NP EN 556

68

APÊNDICE XI
ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO

- *“Papel do Enfermeiro Perioperatório na Prevenção da Infecção Associada aos Cuidados Perioperatórios”-*

ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

“Papel do Enfermeiro Perioperatório na Prevenção da Infecção Associada aos Cuidados Perioperatórios”.

PERIOPERATIVE NURSING

Perioperative Nurse's Role in Preventing Infection Associated with Perioperative Care

Martins, L.¹

RESUMO:

A área da Saúde vive nos dias de hoje uma prática baseada num crescendo de evolução técnica e científica. No entanto, uma das temáticas da área, continua a prevalecer quase inalterada desde os tempos em que se iniciou a sua descoberta, há mais de um século: a Infecção. Este artigo visa identificar os principais fatores de risco associados à Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) e explorar algumas práticas que os profissionais de saúde poderão colocar em prática, em especial os enfermeiros em contexto perioperatório, no sentido de se conseguir restringir este problema, prevalente a nível mundial e que em bloco operatório assume tamanha importância, devido à prática de procedimentos invasivos para o cliente. Através da implementação e incentivo de Boas Práticas e políticas organizacionais, pretendemos demonstrar que o enfermeiro perioperatório pode ter um importante papel na antecipação dos riscos, atuando de forma preventiva e garantindo a qualidade e segurança dos cuidados prestados ao doente no contexto perioperatório.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem Perioperatória, Infecção, Segurança.

¹ Enfermeiro Licenciado; Pós-graduado em Gestão de Unidades de Saúde; Mestrando do 1º Curso de Mestrado de Enfermagem Perioperatória da Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal

ABSTRACT:

The Health Area lives in our days a practice based in technical and scientific developments. However, one of the thematic of the area continues to prevail almost unchanged since the beginning of their discovery for more than a century: the Infection. This article aims to identify the main risk factors associated to Healthcare associated Infections (HAI) and explore some practices that health professionals can put into practice, especially the perioperative nurses, in order to achieve restriction to this problem prevalent worldwide and witch assumes such an importance, due to the practice of invasive procedures for the client . Through the implementation and encouragement of Good Practices and organizational policies, we intend to demonstrate that perioperative nurses can play an important role anticipating the risks, acting preventively and ensuring the quality and safety of health care provided to the patient in the perioperative period.

KEY-WORDS: Perioperative Nursing, Infection, Safety.

INTRODUÇÃO

A segurança tem vindo cada vez mais a marcar posição como fator fundamental na proteção ao cliente cirúrgico. Este trabalho, pretende promover uma reflexão sobre a temática da segurança em contexto perioperatório, visando concretamente a abordagem da prevenção da infeção associada aos cuidados perioperatórios.

De acordo com os últimos dados estatísticos da Direção Geral de Saúde (DGS) / DSEEN;INE, em Portugal durante o ano de 2008, efetuaram-se 809 135 cirurgias. Apesar de se adotarem precauções em bloco operatório e sala de operações, continuam a existir riscos para os clientes e para os profissionais de saúde. Entre os principais riscos, identificam-se a exposição a fluidos, **infeção**, lesões musculoesqueléticas, entre outros. No entanto, poucas situações em contexto hospitalar serão tão difíceis de controlar (devido ao ser caráter microscópico) como uma infeção num cliente cirúrgico.

Os riscos relacionados com as infeções nos serviços de saúde são significativos, têm grandes repercussões a nível social, económico e psicológico e são uma preocupação geral dos nossos dias. A Direção Geral de Saúde (DGS) tem apostado cada vez mais nos alertas para as infeções associadas aos cuidados de saúde, mais comumente conhecidas por IACS, identificando-as como uma, senão a maior preocupação para os gestores dos sistemas de saúde, estando a sua prevalência situada entre os 5 a 10% na grande parte dos países da Europa. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), as infeções hospitalares são hoje, a principal causa de dano evitável e de morte em unidades de saúde nos países desenvolvidos.

Pretendemos através de uma revisão da bibliografia existente, identificar os principais fatores de risco inerentes à infeção em contexto perioperatório e com isso delinear algumas estratégias de prevenção desta devastadora complicação para quem presta e

para quem recebe cuidados de saúde perioperatórios.

CONTEXTUALIZAÇÃO

A infecção hospitalar desperta cada vez mais o interesse da comunidade científica, nomeadamente pelo facto do seu controlo e rastreio, bem como a aplicação de práticas que restringem a sua propagação (como por exemplo a higienização das mãos), serem fatores preponderantes na diminuição da morbilidade e mortalidade dos clientes.

Uma infecção nosocomial (IN) ou infecção associada aos cuidados de saúde (IACS) ocorre no período de hospitalização e não está presente na admissão hospitalar. As IACS são a complicação mais comum nos clientes hospitalizados e afetam principalmente as vias urinárias, o local cirúrgico, as vias respiratórias e a corrente sanguínea.

Para Pina (2010), “ *As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) incluem-se hoje entre as*

complicações mais frequentes de hospitalização. No início da década de noventa o Harvard Medical Practice Study constatou que, só uma IACS era a segunda mais importante das complicações adversas em clientes internados. As IACS apresentam muitas características que as tornam uma componente crítica de qualquer programa de segurança do cliente.”

Smeltzer e Bare (2002) definem a infecção como um indicador para uma interação do hospedeiro com um organismo. Já Silva (2007) define a infecção como uma invasão de micro-organismos capazes de se multiplicar e desenvolver um estado patológico no organismo superior. Para o mesmo autor infecção hospitalar é o termo utilizado para descrever a infecção adquirida depois de determinado tempo de internação no hospital. Mais comumente, poderemos definir as infeções hospitalares como Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS).

Desde a década de 70, que temos observado um crescendo de pesquisa e procura de melhoria na prevenção e controlo das IACS. Um importante fator que elevou a importância da pesquisa e desenvolvimento dos conceitos relacionados com o controlo de infeção e que ajudou a revolucionar a temática, remete-nos para o estudo do HIV (*human immunodeficiency virus*), pois a sua descoberta tornou-se num enorme desafio, com a necessidade de se implementarem medidas de prevenção e controlo para todos os clientes, independentemente do seu fator de risco.

Este fator teve grande impacto em termos mundiais, pois a gravidade e numa fase inicial a indefinição e desconhecimento quanto às vias de transmissão da doença, foram fatores determinantes para a sensibilização dos órgãos oficiais e políticos, bem como dos hospitais e profissionais de saúde, levando estes últimos a pensar e considerar a adoção de práticas e medidas preventivas.

Segundo Andrade (2002), a incidência e o controlo da infeção hospitalar estão muito ligados à evolução da prática cirúrgica, que também sofreu grandes transformações, através dos novos conhecimentos nos campos da anestesia e hemostasia, pelo avanço das técnicas de assepsia e esterilização e pelo uso e abuso dos antibióticos. Já se identificaram vários fatores relacionados diretamente com as IACS, como o tempo de permanência hospitalar superior a 24 horas, realização de procedimentos invasivos, higienização das mãos e até rácios abaixo dos considerados como ideais, estes diretamente relacionados com o n.º de profissionais de enfermagem que cuidam dos clientes

Para definirmos concretamente as IACS e delinear planos para combate às mesmas, deveremos antes de mais compreendê-las na sua totalidade, ou seja, compreender o que significam, quais as suas causas, como as podemos prevenir, a quem cabe

prevenir e controlá-las, que implicações têm para todo o processo do cuidar.

Antes de mais, temos de entender que para conseguirmos dar resposta a todas estas questões, há que compreender o tema. Nem todas as pessoas expostas a um determinado microrganismo com potencial patogénico desenvolvem uma infeção, pois a resposta do sistema imunitário da pessoa depende diretamente do microrganismo e da resposta do sistema imunitário do hospedeiro.

A IACS, pode definir-se como aquela que é adquirida em ambiente hospitalar, decorrente do internamento do cliente e que se mantém durante esse internamento ou mesmo até após a alta hospitalar, desde que possa ser relacionada diretamente com os cuidados e procedimentos decorrentes do internamento.

De acordo com o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (2007) “A prestação de cuidados de

saúde, quer em meio hospitalar, quer em regime de ambulatório, pode dar origem à transmissão de infeções designadas por Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). Este fenómeno está, aliás, amplamente documentado. Se por um lado se prolonga a sobrevida de clientes, por outro verifica-se que, os mesmos clientes se tornam vulneráveis às múltiplas infeções que podem adquirir nos locais onde ocorre a prestação de cuidados, sobretudo devido ao recurso a procedimentos mais invasivos, a terapêutica antibiótica agressiva ou imunossupressora e aos internamentos subsequentes, quer nas Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), quer noutras unidades.”

As IACS deverão ser atualmente consideradas das maiores preocupações dos gestores dos sistemas de saúde. O último inquérito de prevalência conduzido pela “ (...) OMS em 55 hospitais de 14 países, revelaram que 8,7% dos clientes internados têm possibilidade de adquirir uma

IACS”. As IACS constituem também uma das maiores causas de morte em todo o mundo. Em Portugal, o último inquérito nacional de prevalência, revelou uma “ (...) *prevalência de 8,4% de clientes com IACS e uma prevalência de 22,7% de clientes com infeção adquirida na comunidade.*” (Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde, 2007).

Grande parte das infeções advém de um desequilíbrio no sistema da pessoa, devido à patologia da pessoa, aos procedimentos invasivos aos quais é sujeito, mas nomeadamente pelo uso de antibióticos. No entanto, também devemos considerar que cerca de dois terços das IACS são relacionadas com a flora microbiana da própria pessoa, podendo ser despoletada em ambiente hospitalar. Assim constituí uma extrema dificuldade, conseguir determinar se uma IACS, tem a sua origem com base em microrganismos trazidos da

comunidade ou adquiridos em ambiente hospitalar durante o internamento.

Numa IACS, o hospedeiro é sempre o elo mais importante da cadeia epidemiológica, pois nele reside a maioria dos microrganismos que na maior parte das vezes despoletam os processos infecciosos. Mas se numa IACS o hospedeiro é o elo mais importante da cadeia epidemiológica, o profissional de saúde é um elo não menos importante.

Há 160 anos, Ignaz Semmelweis afixou um aviso na porta da Clínica Obstétrica do Hospital Geral de Viena onde se poderia ler “*A partir de hoje, todo o estudante ou médico, proveniente da sala de Anatomia, é obrigado, antes de entrar nas salas de Clínica Obstétrica, a lavar as mãos com uma solução de ácido clórico, na bacia colocada na entrada. Esta disposição vigora para todos, sem exceção.*”

Tais dados revelam-nos que a preocupação com as infeções não

remota apenas há cerca de 30-40 anos atrás, pois verifica-se que há mais de um século atrás já se adotavam medidas para diminuição das infeções, que se relacionavam diretamente com os prestadores de cuidados. Apesar das preocupações de Semmelweis, nos dias de hoje ainda lutamos para que todos os profissionais de saúde sejam um elo preponderante no controlo das IACS. Exemplo disso é a campanha lançada pela *World Alliance for Patient Safety*, da OMS, que estabeleceu como objetivo a “*promoção da prática da higiene das mãos de forma padronizada e abrangente, contribuindo para a diminuição das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e para o controlo das resistências dos microrganismos aos antimicrobianos, tendo como meta o aumento da adesão dos profissionais de saúde à higiene das mãos.*”

As infeções por ***Methicillin-resistant Staphylococcus aureus*** (MRSA), são para Hughes (et. al. 2008) desde a década de 80,

a principal infeção adquirida em contexto hospitalar, utilizando para o seu “sucesso”, as mãos dos profissionais de saúde como principal meio de propagação e disseminação.

Desta forma poderemos considerar que os profissionais de saúde (através do contacto direto), são um importante vetor para a propagação de infeções indesejáveis. Desta forma, todos estamos de acordo quanto à necessidade e pertinência de implementação de medidas e práticas que possam diminuir a taxa de infeções.

ESTRATÉGIAS PARA PREVENÇÃO DA IACS EM CONTEXTO PERIOPERATÓRIO

Existem fatores que vão intervir diretamente na infeção como: o agente, as fontes de infeção, vias de transmissão da infeção, suscetibilidade do hospedeiro e processo infeccioso (Andrade, 2002). Não só esses fatores interferem no controlo da infeção, mas atitudes

simples como o cortar das unhas, a não utilização de objetos como brincos, pulseiras, são de fundamental importância.

No bloco operatório é importante a utilização das técnicas assépticas, durante a lavagem das mãos, no vestir da bata e o calçar das luvas, pois por se recorrem a ato invasivos e o cliente ficar muito tempo exposto, é de fundamental importância o cuidado no controlo da infeção hospitalar.

A problemática da infeção que resulta diretamente da prestação de cuidados, é real e um problema sobejamente conhecido e descrito. (Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde, 2007). O controlo da infeção hospitalar pode praticar-se de várias maneiras. Segundo Lopez e La Cruz (2002) **a lavagem das mãos, uma boa assepsia, a utilização de antissépticos, o bom manuseio do material esterilizado**, entre outros, são maneiras de se evitar uma possível infeção hospitalar.

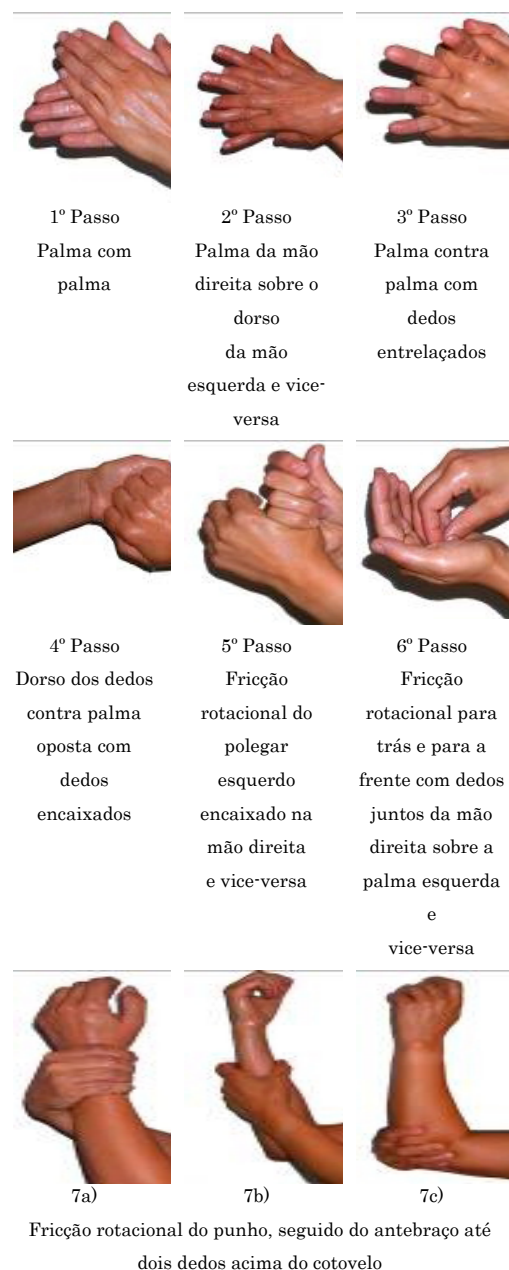
As mãos são o principal meio pelo qual se transmitem os microrganismos de um indivíduo para outro. Os micro-organismos encontrados nas mãos do pessoal hospitalar, são adquiridos a partir do contacto com equipamentos/material contaminado e clientes colonizados/infetados. Atualmente existem já inúmeras recomendações emanadas por entidades internacionais, sobre a temática da higienização das mãos. No entanto, a prática e adesão continua fortemente subvalorizada pelos profissionais de saúde, tornando na prática muito difícil contornar o problema das infeções cruzadas.

A temática da higienização das mãos é o cerne da questão de qualquer programa de controlo de infeção. Devido à renitência da adesão à prática da lavagem das mãos, cada vez mais se tem introduzido nas unidades de saúde, a política de recurso às soluções de desinfecção de base alcoólica.

As soluções de desinfecção de base alcoólica trazem consigo os seguintes objetivos:

- “Constituir alternativa viável à lavagem das mãos
- Obviar o problema da falta de lavatórios em quantidade e em locais estratégicos
- Tornar o processo de higienização das mãos menos demorado
- Evitar o stresse dérmico e as dermatites de contacto subsequentes à utilização sistemática de água e sabão
- Motivar os profissionais para a higienização das mãos.”

De seguida exemplifica-se na Figura 1, a técnica da lavagem das



mãos.

Figura 1 – Técnica de lavagem das Mãos

Fonte: BODE, 2006



Figura 2 – Técnica da desinfecção cirúrgica das mãos

Fonte: Luís Martins, 2012

Para a prática de técnicas e atos invasivos ao cliente, a lavagem das mãos, não se deve cingir à remoção da sujidade. Esta deve também remover a maior parte da carga microbiana presente nas mãos, de modo a que se restrinja a possibilidade de uma eventual infeção no cliente. Na seguinte figura (Figura 2), exemplifica-se a técnica da desinfecção cirúrgica das mãos.

Por outro lado, não só as mãos e a sua higienização deverão ser consideradas como fatores determinantes na transmissão de microrganismos. Outro aspeto a considerar é a possibilidade de transmissão de microrganismos e flora bacteriana através de dispositivos médicos (DM), utilizados em procedimentos invasivos. O cliente é sempre o elo mais suscetível de sofrer infeções quando é colocado perante DM com falhas de condições de assepsia, ou perante DM reutilizáveis com inadequado processo de descontaminação e reprocessamento.

De acordo com o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (2007), “ *A estes constrangimentos identificados podem, ainda, associar-se outros; (...) a inadequação de estruturas para descontaminação e esterilização centralizadas dos dispositivos médicos (...)*” . O risco de infeção para um cliente aumenta bastante se o enfermeiro poder vir a utilizar

um DM que não tenha sido submetido ao melhor processo de limpeza e esterilização ou que se encontre com a sua barreira de esterilidade comprometida. Os enfermeiros, nomeadamente os enfermeiros perioperatórios, detêm a responsabilidade de garantir que os DM utilizados em cirurgias, foram descontaminados e esterilizados, bem como armazenados, nas condições recomendadas internacionalmente, garantindo assim a segurança na sua utilização.

NOTA CONCLUSIVA

Após o que tivemos oportunidade de explorar ao longo deste artigo, podemos verificar que o controlo da infeção e a maior ou menos taxa de incidência de infeção, depende de todos os intervenientes que, de uma forma geral trabalham em contexto hospitalar, em particular no bloco operatório.

Sendo a infeção uma situação passível de ser evitável, o conceito chave é a aposta cada vez mais no

factor “*prevenção*”. No entanto e apesar das sessões de informação e educação para procedimentos, bem como para a prevenção do risco associado à infeção, continua a existir pouca adesão dos profissionais de saúde, (segundo os relatórios de vários hospitais nacionais acerca das campanhas da Higiene das Mãos) estando esta situação longe de se considerar aceitável.

A equipa multidisciplinar e em especial os enfermeiros perioperatórios, podem ser um importante veículo mobilizador de informação e formação nesta área. Mas para tal necessitam de estar despertos e sensibilizados para estes riscos, conhecer os factores que “alimentam” esta problemática, bem como as medidas preventivas para o combate aos riscos de uma potencial infeção. É crucial que os profissionais que exercem actividade em bloco operatório, quer sejam enfermeiros, médicos ou outros profissionais, estejam informados e actualizados, que conheçam os riscos associados às infeções e que adiram às iniciativas

de educação e formação para os profissionais, para assim poderem adoptar boas práticas tendo em conta o seu contexto profissional.

Cabe também às instituições desempenharem um papel importante nesta temática, devendo apostar na prevenção, na implementação de políticas de segurança, na formação dos profissionais sob a sua tutela, sendo que essa aposta e desenvolvimento definirá caminho para a aquisição de competências que permitam aos profissionais a adopção de práticas mais seguras.

Todos estes investimentos permitirão sem dúvidas retirar o que melhor se espera deles, que são sem dúvida os benefícios e redução das taxas de infeção nas unidades hospitalares, salvaguardando os profissionais e acima de tudo os clientes.

REFERÊNCIAS

Bibliográficas

- ABREU, Wilson Correia.
Formação e

aprendizagem em contexto clínico – Fundamentos, teorias e considerações didáticas. Coimbra: Formasau, julho 2007. ISBN: 978-8485-87

- AESOP – **Enfermagem Perioperatória. Da Filosofia à prática dos cuidados.** Loures: Lusodidacta: Sociedade Portuguesa de Material Didático, Lda. 2006, ISBN 972-8930-16-x.
- ANDRADE, M. T. S. **Guias Práticos de Enfermagem: cuidados intensivos.** 1ª ed. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill, 2002
- AORN JOURNAL – **Reprocessing Single-use Medical Devices – The Ethical Dilemma.** Volume 75, Issue 5, May 2002:989-999.
- AORN JOURNAL – **Reprocessing Single-use Medical Devices.** Volume 75, Issue 3, March 2002:557-560,562,565-567.

- CARDOSO, Araújo – **Comunicação e saúde.** JM. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. ISBN: 978-85-7541-125-4.
- CARVALHO, Manoel; VIEIRA, Alan – **Erro médico em pacientes hospitalizados.** Jornal de Pediatria – Vol.78, N.º4, 2002.
- COUTO, RD. **Infecções Hospitalares e outras Complicações Não-infecciosas da Doença – Epidemiologia, Controle e Tratamento.** Rio de Janeiro: Medsi Editora Médica e Científica Ltda. 2003
- CYNTHIA, Spry – **Understanding current steam sterilization recommendations and guidelines.** AORN Journal – October 2008, vol 88, nº 4
- DGS – **Inquérito Nacional de Prevalência de Infecção.** 25 de Março de 2009
- DGS - **Manual e Normas de Procedimentos para um Serviço Central de Esterilização.** 2001
- DGS. Relatório da Campanha Nacional da Higiene das Mãos. 2010-2011.1
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS)/INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE) – **Elementos Estatísticos, Informação Geral.** 2008. ISSN 0872-1114.
- DOENGES, Marilyn; MOORHOUSE, Mary – **Aplicação do Processo de Enfermagem e do Diagnóstico de Enfermagem.** Lisboa: Lusodidacta: Sociedade Portuguesa de Material Didático, Lda. 1992, ISBN 972-95399/4/4.
- FERRAZ, E. Machado – **A cirurgia segura. Uma exigência do século XXI.** Rev. Col. Bras. Cir. 2009;36(4):281-282.

- FREIBERGER, Mônica – **Opinião dos pacientes cirúrgicos e conhecimentos dos trabalhadores em centros de material e esterilização em relação aos artigos médico-hospitalares esterilizados.** Dissertação de mestrado, Brasília. 2006
- GALVÃO, CM – **A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória.** Revista latino-americana enfermagem. 2002, vol. 10, n. 5 pp. 690-695. ISSN 0104-1169
- INSTITUTO DR. RICARDO JORGE – **Recomendações para a prevenção da infecção do local cirúrgico.** 2004
- KRAMER, A; ASSADIAN, O. – **Ethical and hygiene aspects of the reprocessing of medical devices in Germany.** GMS Krankenhaushygiene Interdisziplinär 2008, Vol. 3(3), ISSN 1863-5245.
- KURCGANT, Paulina, et. al. – **Administração em Enfermagem.** São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Lda. 1991
- LINDA, T. Kohn, JANET M. Corrigan, MOLA S. – **To err is human.** Donaldson, Editors; Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. ISBN:0-309-51563-7.
- LINGARD L.; ESPIN, R.; WHITE, S.; COLMENARES, M.; BAKER, G.R. – **Getting teams to talk: development and pilot implementation of a checklist to promote interprofessional communication in the OR.** Quality and safety in healthcare 14. 2005. p. 340-346.
- LÓPEZ, M. A. & LA CRUZ,

- M. J. R. Guias Práticos de Enfermagem: Hospitalização.
- MITCHELL, Lucy; FLIN, Rhona – Non technical skills of the operating theatre scrub nurse: literature review. Journal compilation. Blackwell Publishing Ltd. 2008. p. 15-24.
 - OLSSON, Lary – Reuse of single-use devices: Protecting your reprocessing program. Journal of HealthCare Risk Management. Volume 29, Number 2. 2009
 - OLSSON, Lary – Reuse of single-use devices: Protecting your reprocessing program. Journal of HealthCare Risk Management. Volume 29, Number 2. 2009
 - ORDEM DOS ENFERMEIROS – Divulgar: padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem – conceptual e enunciados descritivos. (2002). [S.l]: Ordem dos Enfermeiros.
 - ORDEM DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES – Tomada de Posição: Reprocessamento de Dispositivos Médicos de Uso Único (DMUU).
 - ORDEM DOS ENFERMEIROS. ORIENTAÇÕES RELATIVAS ÀS ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO CIRCULANTE. 2004
 - OURIQUES, Carla; MACHADO, Maria. Enfermagem no Processo de Esterilização de Materiais. Texto Contexto de Enfermagem, Florianópolis, 2013 Jul-Set; 22(3):695-703.
 - PHIPPS, Wilma [et. Al.] – Enfermagem Médico-Cirúrgica, Conceitos e Prática. Lisboa: Lusodidacta: Sociedade

- Portuguesa de Material Didático, Lda. 1995, ISBN 972-96610-0-6.
- PINA, Elaine; SILVA Maria Goreti; DA SILVA, Eduardo; UVA, António. **Infecção relacionada com a prestação de cuidados de saúde: infecções da corrente sanguínea.** Infecções Nosocomiais. Vol28, Nº1 – Janeiro/Junho 2010
 - PIRES, Ana Luísa Oliveira – **Reconhecimento e validação das aprendizagens experienciais. Uma problemática educativa.** Sísifo. Revista de Ciências da Educação, 2. Lisboa, 2007. ISSN: 1646-4990
 - **PROGRAMA NACIONAL DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS.** PNCI- Ministério da Saúde. 2004.
 - **PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE.** Ministério da Saúde. 2007.
 - **REPORT FROM THE COMMISSION TO THE EUROPEAN PARLIAMENT AND THE COUNCIL - Report on the issue of the reprocessing of medical devices in the European Union, in accordance with Article 12a of Directive 93/42/EEC.** Brussels, 27.8.2010 COM (2010) 443 final.
 - RILEY R.G; MANIAS, E. – **Governance in operating room nursing: nurse`s knowledge of individual surgeons.** Social Science and Medicine 62. 2006. P. 1541-1551.
 - SMELTZER, S. C.; BARE, B. G .Brunner & Suddarth. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica.** v. 4. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
 - SMITH, M & PARKER, M. – **Nursing Theory and the**

- Discipline of Nursing** (3^a ed.), Nursing Theories & Nursing Practice (p. 3-15). Philadelphia: F.A. Davis Company.2008
- Sociedade Brasileira de Pediatria – **Jornal de Pediatria**, 0021-7557/03/79-03/277. 2003
 - SOUZA, Milca; PRADO, Anaclara. **A infecção hospitalar e suas implicações para o cuidar da enfermagem.** Texto Contexto Enfermagem. 2005 Abr-Jun; 14(2):250-7
 - STOESSEL, Kathleen – **Estratégias de Redução da Infecção do Sítio Cirúrgico.** Kimberly-Clark Health Care. Julho de 2008
 - THE AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNCOLOGISTS – **Committee Opinion: Reprocessed Single-Use Devices.** Number 537. October 2012.
 - TIPPLE, Anaclara; PEREIRA, Milca; HAYASHIDA, Miyeko; MORIYA, Tokico; SOUZA, Adenícia. **O Ensino do Controle de Infecção: Um Ensaio Teórico-Prático.** Revista Latino-americana de Enfermagem. 2003 Março-Abril; 11(2):245-50
 - TSCHANNEN, Dana; LEE, Eunjoo – **The impact of nursing characteristics and the work environment on perceptions of communication.** Hindawi Publishing Corporation, Nursing Research and Practice. 2012. Article ID 401905.
 - UNAIBODE – **Práticas e referências de enfermagem de bloco operatório.** Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. 2001.
 - WHO – **Safe Surgery Safes Lives.** 2006.